

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 328

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 4 août 1882,

Par LACAZE-DORI (RAYMOND-HENRI)

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris

Membre titulaire de la Société clinique de Paris, membre correspondant de la Société anatomique

Né à Montauban (T. et G.) le 25 mars 1855

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

LE RHUMATISME NOUEUX CHEZ LES ENFANTS

Président de la Thèse : M. le professeur Potain.

Juges : MM. { Bélard, Professeur,
Strauss, agrégé,
Ch. Richet, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LE MANS

IMPRIMERIE ALBERT DROUIN

5, RUE DU PORC-ÉPIC. 5

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BÉCLARD.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BÉCLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		JACCOUD.
		PETER.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
		DUPLAY.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		ROBIN.
Opérations et appareils.....		LE FORT.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		BOUCHARDAT.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		LASEGUE.
		HARDY.
		POTAIN.
		PARRDT.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHEL.
		GOSSELIN.
Clinique chirurgicale.....		VERNEUIL.
		TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur JOHN LACAZE

De Montauban

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Docteur POTAIN,

Professeur de clinique médicale de la Faculté de Paris
(Externat 1878)

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE

Le Professeur BROCA,

(Externat 1877)

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur CUSCO,

(Internat provisoire 1879 — Internat 1880)

M. le Docteur DESNOS,

(Internat provisoire 1879)

M. le Professeur RICHET,

(Internat provisoire 1879)

M. le Professeur PANAS,

Professeur de la clinique ophthalmologique de la Faculté de Paris
(Internat 1880)

M. le Docteur JULES SIMON,

(Internat 1882. — Enfants Malades)

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. BOUILLY, MONOD, POZZI, RICHELOT, RECLUS,
MARCHAND, RAYMOND

A MON MAÎTRE

M. le Docteur HUMBERT,

Professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hopitaux

ETUDE CLINIQUE

SUR LE

RHUMATISME NOUEUX CHEZ LES ENFANTS

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS

Les cas de rhumatisme noueux chez les enfants, ne sont pas aussi rares qu'on le pense généralement. Mais, si beaucoup de médecins ont pu en observer, bien peu en ont recueilli ou publié l'observation. Aussi, la littérature médicale est-elle relativement pauvre en faits de cette espèce.

Pendant notre internat à l'hôpital des Enfants-Malades, il nous a été donné d'observer deux petites filles atteintes de rhumatisme chronique progressif, l'une dans le service de notre maître, M. le Dr Jules Simon, l'autre dans le service de M. le Dr Archambault. Nous avons pu en outre, au moyen des renseignements consignés sur sa feuille d'inscription pour l'hôpital de Forges, compléter l'observation d'une enfant chez laquelle la maladie a débuté en 1872, à l'âge de quatre ans et demi, et qui, entrée à l'hôpital en 1874, a été rendue guérie à sa famille, en 1880. Depuis lors, la guérison s'est maintenue comme nous en avons pu nous en assurer ces jours derniers.

Nos recherches ne nous ont fait découvrir qu'un seul travail d'ensemble, qui date de 1878; encore l'auteur s'écarte-t-il souvent de son sujet; en outre, la description qu'il donne du rhumatisme nouveau, n'est basée que sur une observation personnelle.

Il nous a paru intéressant de réunir les différentes observations publiées sur la matière; quelques-unes sont malheureusement incomplètes. Le nombre n'en est pas considérable: il suffira néanmoins pour donner une base sérieuse à notre travail.

Dans l'étude qui va suivre, nous ne nous occuperons que des sujets au-dessous de quinze ans; et nous traiterons, non pas de toutes les formes que le rhumatisme chronique peut affecter chez les enfants, mais seulement de l'*arthrite nouvelle*, du *rhumatisme articulaire chronique progressif*, que l'on tend aujourd'hui à retrancher du groupe des maladies rhumatismales.

Notre intention est d'étudier le rhumatisme nouveau des enfants, au point de vue de la symptomatologie, de l'étiologie et du traitement. L'anatomie pathologique, sera forcément laissée de côté: nous n'avons pu, en effet, trouver une seule autopsie d'enfant ayant succombé aux progrès de la maladie. Parmi ceux que nous citons, les uns ont guéri; chez d'autres, les lésions sont en voie d'évolution; chez d'autres, enfin la marche et la terminaison ne sont pas indiquées. La seule observation dans laquelle l'examen nécroscopique a pu être fait, est dûe à M. Cornil. Mais la malade est morte à l'âge de 31 ans. Il serait intéressant d'examiner les lésions présentées par les extrémités osseuses chez les enfants, et de voir si le rhumatisme nouveau y détermine des lésions analogues à celles du rachitisme, des retards dans la soudure des

épiphyses, ou dans l'apparition des points d'ossification. Nous regrettons vivement de ne pouvoir nous livrer à cette étude qui aurait pu apporter peut-être un jour nouveau sur la nature si controversée du rhumatisme nouveau en général.

Que notre maître, M. le Dr Jules Simon, qui nous a donné l'idée d'entreprendre ce travail, et dont la bienveillance à notre égard n'a cessé de se démentir durant le cours de cette année, reçoive ici nos remerciements et l'expression de notre reconnaissance.

Nous devons aussi des remerciements à notre collègue Séné, qui a bien voulu recueillir pour nous une observation intéressante dans le service de M. Archambault, ainsi qu'à notre ancien collègue et ami, le Dr Boudet de Paris, qui a eu l'obligeance de rédiger, à notre intention, sur le traitement du rhumatisme nouveau par les courants continus, une note qu'on lira avec intérêt.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La plupart des auteurs qui ont écrit sur le rhumatisme nouveau, tant en France qu'à l'étranger, ne font que signaler son existence chez les enfants. Nous en dirons autant des traités même les plus récemment écrits sur les maladies de l'enfance.

Ainsi, Rillet et Barthez (1) trouvent le rhumatisme

(1) Rillet et Barthez. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. Paris, 1853, t. II, p. 114, édition de 1866.

goutteux tellement exceptionnel dans l'enfance, « qu'on
« peut sans inconvénient le passer sous silence. »

En 1863, dans un mémoire communiqué à la Société de Biologie, M. Cornil cite, entre autres observations, celle d'une femmemorte à la Salpêtrière et chez laquelle le rhumatisme noueux a débuté à l'âge de 12 ans (1).

L'année suivante, M. Laborde présente, à la même société, un garçon âgé de 8 ans, chez lequel le début de l'affection remontait à l'âge de quatre ans. Les détails de cette observation n'ont malheureusement pas été publiés.

Dans ses leçons sur les maladies des vieillards, publiées en 1868, M. le professeur Charcot (2) rappelle le cas de Laborde, donne le résumé d'un cas observé par Martel, dans le service de Barthéz à Sainte-Eugénie, et cite l'observation d'une infirme de la Salpêtrière, chez laquelle la maladie a débuté à l'âge de dix ans. Il insiste sur ce fait que, chez les jeunes sujets, la maladie revêt au début une forme subaiguë, et suit une marche plus rapide dans son évolution.

La thèse de Picot (1872) (3), fait mention d'un cas observé cette année même dans le service de M. Roger. Cette observation n'a pas été publiée, et nous n'avons pu nous la procurer. Plus tard, en 1877, dans leur manuel des maladies de l'enfance, MM. d'Espine et Picot considèrent le rhumatisme noueux comme tellement exceptionnel, qu'ils n'ont pas cru devoir s'en occuper (4).

(1) *Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique.* (Mém. Soc. de Biologie, 1863).

(2) *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards.* 1^{re} édition. Paris, 1868.

(3) *Du rhumatisme aigu chez les enfants*, thèse de Paris, 1872.

(4) *Manuel pratique des maladies de l'enfance.* Paris, 1877, p. 129.

M. Bouchut, qui déjà en 1865, avait insisté dans une leçon clinique, publiée dans l'*Union Médicale*, sur l'existence du rhumatisme noueux chez les enfants (1), n'en cite dans son traité des maladies de l'enfance (2) que deux cas. L'un deux, remarquable en ce que toutes les articulations étaient déformées, sera reproduit plus loin.

En 1876, M. le Dr Stoïcesco (3), élève de M. Bouchut, publie une observation recueillie deux ans auparavant dans le service de son maître, observation que nous avons pu compléter en suivant la malade jusqu'à ces derniers jours. Après quelques mots d'historique, M. Stoïcesco ajoute quelques réflexions pour démontrer que le rhumatisme noueux existe dans l'enfance, qu'il dépend des mêmes causes et présente le même ensemble symptomatique, que chez l'adulte et le vieillard.

En 1877, M. Dally (4) rapporte dans le *Journal de thérapeutique*, l'observation que nous résumerons plus loin, d'un jeune anglais chez lequel la maladie a débuté à l'âge de 7 ans, et a été améliorée très vite par un traitement dont la valeur sera discutée par nous. Déjà en juin 1877, ce malade avait été présenté à la société de thérapeutique, et M. Blache avait cité, à ce propos, l'observation d'un enfant de 2 ans, qui a guéri par le massage, les bains et l'électricité (2).

La première monographie sur le sujet qui nous

(1) *Union Médicale*, 22 août 1865.

(2) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, 6^e édition, Paris, 1873.

(3) *Progrès médical*, 15 avril 1876, p. 287.

(4) *Journal de Thérapeutique*, 15 juillet 1877, n° 14.

(5) *Comptes rendus de la Société de thérapeutique de Paris, Gaz. hebdomad.*, Paris, 1877, p. 144.

occupe est due à M. le Dr Moncorvo (1). Elle a été publiée en 1878, et traduite du portugais et annotée en 1880, par M. le Dr Mauriac, de Bordeaux. Dans ce travail, plein d'érudition, l'auteur cite une seule observation personnelle. Mais, loin de borner son étude au rhumatisme nouveau, il étudie en même temps quelques-unes des particularités du rhumatisme articulaire aigu de l'enfance; en outre, il donne comme rhumatisme nouveau, un cas cité par Lewis Smith (2) et qui appartient manifestement au rhumatisme chronique simple; enfin il comprend dans sa statistique, des malades qui avaient dépassé l'âge de 15 ans. Aussi, le nombre des cas cités par lui doit-il être réduit de beaucoup. Nous ne tiendrons compte dans notre étude que de cinq des cas publiés par cet auteur.

Signalons en terminant, les articles publiés par M. Besnier, 1876 (3), et M. Homolle (4), 1882, sur le rhumatisme, et qui se bornent à énumérer, d'après les leçons de M. Charcot, les points sur lesquels cet auteur a insisté pour ce qui concerne le rhumatisme de l'enfance.

Enfin, dans le second volume de ses leçons cliniques, M. Cadet de Gassicourt (5), après avoir cité le mémoire de M. Moncorvo et le cas de M. Dally, rapporte qu'il a vu à sa consultation un enfant de quatre ans atteint de

(1) *Du rhumatisme nouveau des enfants et de son traitement*. Trad. par E. Mauriac, Paris, 1880.

(2) *A treatise on the diseases of infancy and children*. Third édition London, 1876.

(3) *Dict. Encyclopédique des Sciences médicales*; article Rhumatisme, 1876.

(4) *Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, article Rhumatisme. Paris, 1882.

(5) *Traité clinique des maladies de l'enfance*, leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie, tome II, p. 88, Paris, 1882.

rhumatisme nouveau; mais ce malade n'est pas revenu. Il termine en disant: « Le rhumatisme nouveau est une « rareté que je ne devais pas passer sous silence. »

Les auteurs étrangers ont, eux aussi, observé le rhumatisme nouveau chez les enfants, et en particulier Garrod (1) et Fuller (2) en Angleterre, en citent quelques cas; mais si des observations isolées ont pu être publiées, nous ne connaissons aucun travail d'ensemble publié sur la matière.

Pour nous résumer, nous trouvons le rhumatisme nouveau des enfants mentionné pour la première fois dans Rillet et Barthez; depuis lors, la plupart des auteurs qui ont traité du rhumatisme nouveau, ou qui ont écrit sur les maladies des enfants, n'ont fait que signaler son existence. Le seul travail spécial dont nous ayons connaissance, est celui de M. Moncorvo, publié en 1878. Encore l'auteur s'écarte-t-il trop souvent du sujet qu'il s'est proposé de traiter.

Les douze observations que nous avons pu réunir, sont les suivantes :

Cornil, 1863.

Laborde, 1864.

Charcot, 1868.

Martel, (cité par Charcot).

Bouchut, 1873.

Stoïcesco, 1876 et Lacaze, (1882).

Archambault, (cité par Stoïcesco).

Dally, 1877.

Blaché, 1877.

(1) *La goutte, sa nature, son traitement, et le rhumatisme goutteux*, traduction française. Paris, 1867.

(2) *On rheumatism*, etc. Third ed., London, 1870.

Moncorvo, 1878.

Archambault, (inédite), 1882.

Lacaze, (inédite), 1882.

CHAPITRE III.

SYMPTOMATOLOGIE.

Symptômes.—D'après les observations de nos malades, on peut se convaincre que nous avons pu observer le rhumatisme noueux chez l'enfant à toutes ses périodes. Si en effet, la malade de M. Archambault est au début de sa maladie, celle que nous suivons dans la salle Sainte-Marie nous la présente pendant son évolution; enfin la malade de MM. Bouchut et Stoïcesco a été vue par nous complètement guérie, et la guérison se maintient depuis déjà deux ans.

C'est en nous basant sur les phénomènes présentés par ces trois malades que nous décrirons surtout la symptomatologie du rhumatisme noueux chez les enfants; tout en tenant compte des faits déjà publiés ou inédits que nous publierons comme pièces justificatives, et de l'expérience de ceux de nos maîtres qui ont étudié cette question bien avant nous.

Le rhumatisme noueux chez les enfants est une maladie chronique; mais, dont le début est toujours subaigu et dont la marche est rendue irrégulière par des exacerbations subaiguës.

La maladie peut débiter brusquement, en apparence du moins, eu égard à la difficulté des renseignements

qu'on peut avoir chez les jeunes enfants ; mais il n'est pas rare qu'on puisse constater l'existence de phénomènes prodromiques ; la malade du service de M. Simon, qui a été prise à l'âge de treize ans et demi, nous en fournit un exemple. Pendant un mois environ avant l'invasion de la maladie, elle a, en effet, présenté des douleurs vagues dans la continuité des membres, dans les mains que le travail fatiguait, dans les membres inférieurs qui ne lui permettaient pas de marcher sans éprouver une lassitude très grande. Ces douleurs, ce sentiment de fatigue étaient variables, se produisaient sous l'influence de causes que la malade n'a pu apprécier. Chez l'enfant qui est couchée au n° 14 de la salle Sainte-Geneviève (service de M. Archambault), le début, au contraire, a paru être brusque : les articulations des mains ont été envahies d'emblée.

La période d'invasion de la maladie est marquée par des phénomènes locaux et généraux. Parmi les premiers, nous aurons à examiner les arthropathies, leurs caractères, les symptômes qui les accompagnent et qui en dépendent, les troubles fonctionnels qu'elles entraînent. Nous examinerons ensuite l'état général.

Il est rare que la maladie envahisse en même temps plusieurs articulations ; elle semble plutôt gagner successivement chacune de celles qui doivent être atteintes. Elle procède symétriquement ; ou du moins, comme le fait remarquer le professeur Charcot (1), lorsqu'un seul côté du corps est pris tout d'abord, à une époque ultérieure les lésions articulaires se généralisent.

On constate d'abord du côté des jointures atteintes une

(1) *Loc. cit.*, p. 200.

douleur souvent très vive qui précède de peu de jours le gonflement périarticulaire. La rougeur ne survient elle-même qu'un peu plus tard. Mais déjà, dès le début des phénomènes douloureux, les jointures malades sont immobilisées par la contracture des muscles voisins.

Les douleurs siègent surtout au niveau des jointures malades, elles sont spontanées et augmentent par la pression et par les mouvements communiqués aux jointures. Continues, elles présentent des exacerbations, surtout la nuit, et souvent d'une grande violence. Elles cèdent parfois, mais pour reparaître bientôt, et la durée des paroxysmes douloureux, séparés par des intervalles plus ou moins longs, peut être de quelques jours à plusieurs semaines.

Le gonflement périarticulaire est variable. Il peut être très prononcé, au point que la peau est très distendue, ce qu'on observe surtout aux doigts. Il existe alors à ce niveau un œdème dur. La peau revêt une coloration pâle, mate, sauf au niveau des points qui correspondent à la partie saillante des extrémités articulaires. Là, en effet, on constate de la rougeur. Celle-ci, localisée comme nous venons de le dire, à une période éloignée du début, occupe au contraire, dans les premiers jours, presque tout le pourtour des articulations atteintes. Elle est du reste peu intense et disparaît au bout de peu de temps.

La douleur et le gonflement articulaires présentent un caractère de fixité remarquable qui permet, dès le début, de différencier les arthrites noueuses du rhumatisme articulaire subaigu. Elles s'accompagnent en outre de contracture musculaire, qui communique aux articulations des attitudes vicieuses, d'abord passagères et coïncidant avec les paroxysmes douloureux, plus tard perma-

nentes, lorsqu'à la contracture ont succédé l'atrophie musculaire et la rétraction des tissus fibreux. Aux douleurs articulaires viennent s'ajouter des douleurs musculaires souvent atroces, qui se produisent sous forme de crampes douloureuses.

Ces phénomènes s'accroissent de plus en plus pendant une période qui peut atteindre plusieurs mois, puis ils deviennent stationnaires.

Les articulations ne sont pas envahies suivant un ordre toujours le même, et s'il est vrai chez l'adulte que l'envahissement des jointures se fait d'une façon centripète, le plus souvent il n'en est pas ainsi chez l'enfant. Ainsi dans le cas de Moncorvo, les genoux ont été envahis tout d'abord, puis les poignets, les coudes de pieds, enfin les doigts. Dans le cas de Bouchut et Stoïcesco, le début a encore eu lieu par les genoux, puis les doigts et les poignets ont été pris, enfin, les hanches et les articulations de la colonne cervicale. La malade que nous observons a eu tout d'abord les poignets successivement atteints, puis les articulations tibio-tarsiennes; plus tard les doigts, plus tard encore les articulations médio-tarsiennes, enfin, celles de la partie supérieure de la colonne dorsale. Parmi les articulations envahies, celles des doigts, du poignet, du cou de pied, sont le plus fréquemment atteintes. Mais toutes peuvent l'être également et les articulations de la hanche paraissent plus fréquemment atteintes chez l'enfant que chez les adultes. Chez ces derniers, d'après les observations de Fuller, de Trastour et de Charcot, la hanche paraît jouir d'une sorte d'immunité.

Il est rare que toutes les articulations soient envahies. C'est pourtant ce qui a eu lieu dans un fait de M. Bouchut, fort intéressant, quoique incomplet.

« Une jeune fille, malade depuis six mois déjà, fut amenée dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie. La plupart des articulations tuméfiées étaient à demi-ankylosées. Les épaules, les coudes volumineux, les poignets, les doigts déformés pouvaient à peine se mouvoir. Les cuisses étaient fléchies sur le bassin, les jambes sur la cuisse, et les pieds immobiles sur la jambe. Le cou était raide et les genoux tuméfiés comme de véritables tumeurs blanches. Toutes ces jointures encore douloureuses ne pouvaient être remuées sans douleur, ce qui rendait horriblement pénible la situation de l'enfant. Au bout de quelques mois, elle sortit de l'hôpital à peine améliorée. » (1).

De même, chez le malade de M. Dally, (2), aucune articulation n'a échappé au mal.

Dès la première période de la maladie on constate des déformations caractéristiques. Mais celles-ci sont surtout accentuées lorsque la maladie a évolué et que les désordres sont devenus permanents.

Nous décrirons en détail ces déformations des membres; mais d'abord, examinons ce que deviennent ces articulations tuméfiées, douloureuses et immobiles.

Les douleurs deviennent permanentes; le froid, l'humidité les augmentent; les tissus périarticulaires sont épaissis, indurés; les extrémités osseuses sont augmentées de volume, des nodosités apparaissent peu prononcées en général sur les parties latérales des têtes osseuses qui sont déformées, des subluxations se produisent, dues non pas tant aux déformations des surfaces articulaires qu'à l'atrophie musculaire et à la rétraction des tissus fibreux. On constate en effet, et cela en très peu de temps

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, sixième édition. Paris 1873. p. 956.

(2) *Loc. cit.*, p. 534.

une atrophie rapide des muscles qui mettent en jeu les articulations malades. Chez notre malade qui présente des lésions du poignet et des quatre derniers doigts, nous avons constaté une atrophie très marquée des muscles de l'avant-bras et de l'éminence hypothénar, alors que les muscles de l'éminence thénar ont conservé leur volume et leur force ; il est vrai que les articulations du pouce sont intactes.

A cette période, les articulations atteintes sont ou peu mobiles, et alors les mouvements provoqués s'accompagnent de craquements, dus à la rupture d'adhérences fibreuses entre les surfaces articulaires, ou immobiles, par suite du développement d'une ankylose celluleuse et de la rétraction des tissus fibreux qui les entourent.

Les déformations des membres ont été étudiées avec soin par M. Charcot, qui a rapporté à plusieurs types restés classiques les déformations des mains chez les vieillards et les adultes. Ces mêmes déformations se retrouvent encore chez l'enfant ; nous ne pouvons mieux faire que de citer la description qu'en donne M. Charcot (1).

« Premier type. — C'est celui qu'on rencontre le plus souvent. Il est caractérisé :

« 1^o Par la flexion à angle obtus, droit, ou même aigu, de la phalangette sur la phalange ;

« 2^o Par l'extension de la phalange sur la phalange ;

« 3^o Par la flexion de la phalange sur la tête des métacarpiens ;

4^o Par la flexion à angle moins obtus, des métacarpiens et du carpe sur les os de l'avant-bras ;

(1) *Loc. cit.*, p. 201 et suiv.

« 5^o Dans un grand nombre de cas, il existe une inclinaison en masse de toutes les phalanges vers le bord cubital de la main, puis une déviation inverse des phalanges sur les phalanges. La première de ces deux lésions est souvent l'une des premières déformations qui signalent le début de la maladie.

« Ce type peut offrir deux variétés. Dans la première, les caractères que nous avons décrits sont conservés, seulement la phalange et la phalange sont sur le même axe et forment une seule colonne.

« Dans la seconde, on voit manquer la flexion de la phalangette sur la phalange, et alors le dos des doigts de la main est excavé à partir de la tête saillante des métacarpiens.

« Second type. — Il est caractérisé :

« 1^o Par l'extension de la phalangette sur la phalange ;

« 2^o Par la flexion des phalanges sur les phalanges ;

« 3^o Par l'extension des phalanges sur les têtes des métacarpiens ;

« 4^o Par une flexion plus ou moins prononcée du carpe sur les os de l'avant-bras :

« 5^o Dans certains cas il existe une déviation en masse des phalanges, qui se portent visiblement vers le bord cubital de la main.

« Ce type peut offrir comme le précédent deux variétés.

« Dans la première, il y a flexion de toutes les articulations de la main, les unes sur les autres, de manière à constituer une sorte d'enroulement.

« Dans la seconde on retrouve les mêmes caractères,

mais il y a en outre extension des phalanges sur les phalanges.

Parmi les malades dont nous donnerons les observations nous en trouvons deux qui présentent des altérations pouvant se rapporter au premier type. La malade actuellement dans le service de M. Archambault présente une flexion très prononcée des poignets avec la saillie en arrière des os de l'avant-bras qui caractérise le second type. Cette enfant tient la plupart du temps ses mains en l'air, l'avant-bras fléchi sur le bras et dans la pronation, les mains pendantes. M. de Saint-Germain qui a vu l'enfant a ingénieusement comparé l'attitude de ses mains à celle des nageoires du phoque. Signalons chez elle une déviation en masse des phalanges vers le pouce qui, lui, est porté vers la paume de la main.

Les articulations du pouce ne sont pas toujours envahies, comme nous l'avons vu chez notre malade. Quand elles sont malades, les lésions paraissent dominer dans l'articulation métacarpo-phalangienne : le pouce est alors en adduction. Au coude, c'est encore la flexion qui se produit. L'épaule n'est atteinte que dans des cas exceptionnels ; alors le bras est fixé le long du tronc.

Du côté des membres inférieurs, on constate que les orteils ne sont pas envahis en général. Dans le cas de Moncorvo, le gros orteil était dévié en haut et en dehors. Nous avons constaté dans un cas des lésions de l'articulation médio-tarsienne, entraînant l'affaissement de la voûte plantaire, et comme conséquence, une variété de pied plat valgus douloureux.

Au cou de pied, les déformations peuvent simuler les diverses variétés de pied-bot.

Enfin, les lésions du genou et de la hanche, entraînent la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Ces déformations existaient dans l'observation déjà citée de M. Bouchut et dans celle de Stoïcesco.

Les arthrites vertébrales amènent une immobilité plus ou moins étendue de la colonne vertébrale. La tête peut être penchée en avant et le menton porté vers le sternum; d'autres fois, les courbures normales sont exagérées, le dos est voûté, l'ensellure lombaire très-prononcée; au cou, on a constaté un élargissement notable à la partie postérieure, (Obs. de Stoïcesco).

Les déformations articulaires que nous venons de décrire sont surtout en rapport avec les attitudes vicieuses et avec les subluxations. Les nodosités osseuses n'existent pas toujours ou du moins sont peu prononcées dans beaucoup de cas.

Outre les lésions articulaires, on constate dans la continuité des membres, des altérations de la peau et des muscles. La peau est pâle, amincie, couverte le plus souvent d'une sueur visqueuse; elle paraît parfois collée aux os, comme cela a lieu dans la forme atrophique, décrite par Vidal (1). D'autres fois, elle a un aspect violacé, elle est épaissie, comme œdémateuse.

Les muscles voisins des articulations atteintes, s'atrophient et cela rapidement. Il en résulte des dépressions au niveau des saillies musculaires normales, des déformations encore plus prononcées des membres, dont les articulations sont déviées de leur position normale.

Tous ces phénomènes entraînent avec eux des troubles fonctionnels, en rapport avec le nombre et le siège des

(1) *Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique primitif*. Thèse de Paris, 1855.

jointures atteintes; et quand la maladie se généralise, les malades sont devenus des infirmes. Incapables souvent de faire un mouvement, ils sont cloués dans leur lit, d'abord par la douleur, plus tard par les déformations des membres devenues permanentes.

Heureusement il n'en est pas toujours ainsi, et le tableau de la maladie est beaucoup moins sombre chez les enfants que chez les adultes. M. le professeur Charcot cite des cas dans lesquels les douleurs ont cessé au bout de quelques années, puis à leur tour les déviations. Il en est le plus souvent ainsi chez l'enfant. Le cas de Dally et celui de Moncorvo en sont la preuve. La malade de Stoicesco a guéri complètement, et celle du service de M. J. Simon est en voie d'amélioration notable. Mais avant d'insister sur la marche et la terminaison du rhumatisme nouveau chez l'enfant, examinons d'abord l'état général et les phénomènes qui en dépendent.

Le rhumatisme nouveau, avons-nous dit, débute d'une façon subaiguë; si la fièvre existe quelquefois, elle est toujours modérée; elle peut même faire défaut. On la voit reparaître avec les mêmes caractères au moment des exacerbations douloureuses.

Il est de règle que les enfants sont profondément anémiés et souvent cachectiques. Ces états nous paraissent plutôt avoir précédé la lésion articulaire; nous verrons plus loin ce qu'on peut en penser. Les fonctions digestives sont le plus souvent intactes. L'appétit est conservé, quelquefois même exagéré. Les urines de quantité variable n'ont jamais présenté rien d'anormal. La sécrétion sudorale est parfois très abondante, surtout la nuit et au niveau des jointures malades. C'est ce qui a lieu chez notre malade. Les troubles de la circulation sont

rare; nous aurons à revenir sur cette question, à propos des complications.

Dans l'intervalle des exacerbations, avant que la maladie soit devenue franchement chronique, on observe parfois un mouvement fébrile peu intense, revenant le soir, accompagné de sueurs abondantes, et présentant les caractères de la fièvre hectique. Plus tard l'apyrexie est complète.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Si nous examinons maintenant quelle est la marche du rhumatisme nouveau chez les enfants, nous constaterons qu'elle répond assez bien à la forme aiguë décrite par M. le professeur Charcot (1), et nous retrouvons ici les phénomènes sur lesquels a insisté cet éminent observateur. Grand nombre de jointures prises, rétractions musculaires très prononcées dès le début, douleurs intenses, rougeurs, tuméfaction, assez vives, fixité des arthrites. Ces phénomènes subaigus ont une durée qui, dans les observations que nous rapportons, a varié de huit mois à six ans. Puis les phénomènes douloureux disparaissent et la maladie est franchement chronique. C'est alors que l'amaigrissement est très prononcé, que la peau paraît collée aux os, que les articulations sont ankylosées, que les déformations paraissent devoir être permanentes. Le plus souvent pourtant il n'en est rien. Après quelques mois, des années même (cas de Dally), peut-être spontanément, peut-être sous l'influence d'un traitement approprié, surtout grâce à une meilleure hygiène, à un traitement tonique et reconstituant, on voit rétrocéder ces lésions qui avaient semblé définitives. On voit peu à

(1) *Loc. cit.*, p. 209.

peu, et c'est là surtout ce qui distingue le rhumatisme noueux de l'enfant de celui des vieillards, on voit les articulations atteintes recouvrer graduellement leur mobilité, les déformations diminuer, puis disparaître, les muscles reprendre leur contractilité, les tuméfactions osseuses même ne pas laisser de traces. Dans le cas de Moncorvo, la guérison a été complète au dire de l'auteur; dans celui de Dally une amélioration notable s'est produite au bout d'un mois de traitement. La malade qui fait le sujet de l'observation III a guéri elle aussi; mais bien qu'elle ne présente plus ni douleur, ni rétraction musculaire, ni gonflement des extrémités articulaires, elle n'est cependant pas revenue à l'état normal.

On constate en effet que cette enfant est peu développée, que bien portante en apparence, elle a des membres grêles et une taille au-dessous de la moyenne. Ses articulations ont recouvré tous leurs mouvements. La peau qui les revêt est flasque et ridée. Les nodosités ont disparu presque en entier. Tous les mouvements articulaires peuvent être exécutés; les mouvements normaux sont même exagérés. Ainsi les doigts, primitivement immobilisés dans la flexion, peuvent être étendus au point de décrire une courbe à concavité postérieure. Ces phénomènes nous paraissent tenir au relâchement des ligaments et des tissus fibreux péri-articulaires; peut-être pourrait-on invoquer aussi la diminution de volume des extrémités osseuses comme cause de laxité articulaire.

Cette laxité des articulations se retrouve partout, au niveau des genoux et des hanches, au niveau des articulations du bassin et des articulations vertébrales. La colonne vertébrale est très mobile, mais au repos ses

courbures normales sont très accentuées. L'ensellure lombaire est très notablement augmentée. Le dos est très voûté. La tête est fléchiée en avant ; la fossette de la nuque est moins profonde qu'à l'état normal ; on pourrait, d'après l'attitude de la tête, croire à l'existence d'une arthrite sous-occipitale, si tous les mouvements de la tête ne pouvaient s'exécuter avec la plus grande facilité.

Signalons encore, comme conséquence du relâchement articulaire, une démarche tout à fait spéciale qui consiste en un balancement latéral du corps, très prononcé. Ajoutons enfin que chez cette malade les articulations ne présentent aucune espèce de craquements.

La maladie est donc loin d'avoir la même gravité que chez l'adulte ; puisque parmi les observations complètes que nous avons pu recueillir, dans deux cas une amélioration notable, deux fois la guérison complète a pu être obtenue. Le seul cas dans lequel la maladie a eu une terminaison funeste, est celui cité par le professeur Cornil (1) dans son mémoire *Sur quelques coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique*. Il s'agit d'une malade qui, à l'âge de douze ans, présenta une première atteinte de rhumatisme articulaire suraigu, et plus tard les déformations caractéristiques du rhumatisme nouveau. Elle eut plusieurs attaques aiguës et finit par entrer à la Salpêtrière, où elle mourut profondément cachectique à l'âge de 31 ans, après avoir présenté des symptômes de pleurésie, de péricardite et de néphrite chronique. A l'autopsie on trouva, outre les lésions articulaires et les adhérences pleurales, une péricardite hémorrhagique avec des néo-membranes vascularisées. On put en outre

(1) *Mémoires de la Société de Biologie*, Paris, 1863, p. 3 et suiv., V. obs. IV. de ce mémoire.

constater la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque et constater au microscope les lésions rénales.

Ce fait nous paraît un peu exceptionnel, non-seulement en raison de l'acuité des symptômes, mais aussi à cause de l'évolution de la maladie. On peut cependant s'expliquer ces phénomènes si on considère que les conditions hygiéniques mauvaises, les causes de débilitation qui, chez cette malade, avaient été l'origine de la maladie, ont déterminé la marche progressive des accidents, et on peut admettre que, placée dans un milieu différent et soustraite aux causes qui ont entretenu les altérations de la nutrition, la maladie aurait pu avoir une évolution différente.

Pour résumer ce qui a trait à la marche et à la terminaison du rhumatisme noueux chez l'enfant, nous dirons que le début est ordinairement subaigu et que les phénomènes de subacuité persistent pendant un temps variable de quelques mois à plusieurs années. Il est exceptionnel que la maladie débute d'une façon suraiguë comme cela a eu lieu dans le cas de M. Cornil, ou même qu'elle succède au rhumatisme articulaire aigu, comme l'a observé M. Bouchut (1). Après un temps plus ou moins long, les phénomènes douloureux diminuent, les exacerbations sont de moins en moins fréquentes; puis la maladie est franchement chronique. Alors, si l'enfant est soumis à un régime convenable, on voit la maladie rétrocéder, les déformations disparaître, les mouvements se produire de nouveau dans les jointures atteintes, une amélioration notable se manifester et, dans quelques cas, la guérison. Celle-ci peut-être complète, comme dans le

(1) *Loc. cit.*, p. 956.

cas de Moncorvo, ou seulement relative, comme chez une des malades observées par nous, la maladie ayant laissé à sa suite un état de faiblesse générale, de relâchement des tissus fibreux et des ligaments, causé des troubles personnels peut-être permanents sur lesquels nous avons insisté. La durée totale de la maladie a varié, dans les cas que nous citerons, de un an et trois mois (Moncorvo) à dix-neuf ans (Cornil).

Il est exceptionnel, chez l'enfant, que le rhumatisme noueux suive une marche progressive, amène des lésions incurables, et conduise le malade à la cachexie. Cependant quelques-unes des observations que nous avons trouvées dans les auteurs étant incomplètes, nous ne pouvons être sur ce point absolument affirmatif. Nous croyons pouvoir conclure cependant des faits observés par nous, et de ceux publiés par les auteurs, que le rhumatisme noueux, dans la majorité des cas, chez les enfants, marche d'une façon envahissante pour rétro-céder ensuite, et que le terme rhumatisme chronique progressif, applicable à la maladie, lorsqu'elle affecte les adultes et les vieillards, ne lui convient plus quand elle atteint les enfants.

COMPLICATIONS VISCÉRALES.

Nous ne nous occuperons ici que des complications cardiaques; les autres complications viscérales du rhumatisme noueux n'ayant pas été notées dans les observations qui ont trait à des enfants.

Dans son mémoire déjà cité, M. Moncorvo, après avoir longuement insisté sur les manifestations cardiaques

observées chez les vieillards, admet, « *par analogie*, que « les localisations cardiaques ne sont pas rares dans le « rhumatisme chronique de l'enfance. » Plus loin il ajoute : « Il est hors de doute que les affections cardiaques peuvent se développer sous l'influence du rhumatisme chronique progressif. » Il admet en outre, sans preuves suffisantes, que « l'endocardite et la péricardite plus susceptibles dans l'enfance qu'à tout autre âge de la vie d'une guérison rapide et complète », se manifestent pendant la première phase de la maladie et que plus tard on n'en constate plus aucune trace. C'est là une hypothèse qui ne saurait nous satisfaire.

La péricardite chronique a été observée dans le cas de Martel ainsi résumé par M. Charcot (1) :

« Chez un enfant de dix ans atteint de rhumatisme articulaire chronique, on vit se développer une péricardite caractérisée par des bruits de frottements à la région précordiale. Cette affection, du reste, ne persista pas longtemps. Le rhumatisme avait subi une exacerbation pendant la durée de la péricardite; cet enfant présenta plus tard à un très-haut degré les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux. »

L'observation suivante est résumée par M. Stoïcesco (2) dans son article du *Progrès Médical* :

« La malade qui se trouvait (en 1874) dans le service de M. Archambault pour une coxalgie suppurée, était atteinte de son rhumatisme noueux depuis l'âge de quatre ans. La maladie avait débuté par les poignets; quelque temps après les articulations des phalanges se sont prises; l'enfant accusait des douleurs de temps à autre (renseignements donnés par sa grand-mère). Un fait sur lequel nous voulons beaucoup attirer l'attention, c'est que la petite malade est atteinte en outre d'une affection cardiaque des plus manifestes. »

(1) *Loc. cit.* p. 190.

(2) *Progrès Médical*. Paris 1876 n° du 15 avril, p. 287.

M. Archambault nous a confirmé l'exactitude de ces détails. Malheureusement il n'a pas conservé l'observation complète de la malade et nous n'avons pu la retrouver. Il nous a affirmé que l'affection cardiaque consistait en une lésion d'orifice et non en une simple péricardite, comme dans le cas de Martel.

Enfin dans l'observation de M. Dally (1) que nous résumerons plus loin, il est dit : « Les médecins reconnurent que le cœur était atteint, et une auscultation minutieuse révéla effectivement un souffle légèrement rugueux au second temps. » Là se bornent tous les détails donnés sur cette lésion cardiaque. Ils ne nous paraissent pas suffisants pour affirmer l'existence d'une endocardite. Nous sommes donc amenés à reconnaître que deux fois seulement sur les douze cas que nous avons eu à analyser il a existé une complication cardiaque évidente. Dans un cas une péricardite, dans le second une endocardite. Nous nous croyons donc en droit de conclure que dans le rhumatisme noueux de l'enfant les complications cardiaques ne sont pas fréquentes.

Il est probable, comme cela a eu lieu dans le cas de Martel, que la complication cardiaque survient au moment d'une exacerbation du rhumatisme. Dans le cas de M. Archambault la lésion existait déjà lorsque la malade est entrée à l'hôpital.

L'observation de M. le professeur Cornil, déjà citée, nous fournit un exemple de rhumatisme noueux se compliquant de péricardite, de pleurésie et de néphrite chronique. Ces lésions, d'après M. Cornil, sont bien plutôt dans ce cas sous la dépendance de l'état cachectique que

(1) *Journal de Thérapentique*, 25 avril 1877, p. 533.

sous l'influence directe du rhumatisme lui-même. Ce cas est néanmoins fort intéressant en ce qu'il montre le rhumatisme nouveau des enfants pouvant, dans de mauvaises conditions, prendre la même marche progressive que chez les vieillards et aboutir au bout de longues années à la cachexie et enfin à la mort.

Parmi les complications signalées chez les vieillards, il en est une qui présente une assez grande fréquence et qui emporte la plupart d'entre eux. Nous voulons parler de la phtisie pulmonaire. Nous ne la retrouvons dans aucune de nos observations, chez les malades que nous avons observés. Un examen attentif des organes thoraciques nous a permis de constater l'intégrité de ces organes. Les enfants, guéris de leurs manifestations articulaires, ou, pendant la période d'état de ces manifestations, sont-ils exposés à devenir des tuberculeux ? C'est-là un point que les faits connus de nous ne peuvent servir à élucider. Il faudrait pour cela pouvoir suivre les malades pendant une période de leur existence plus longue que nous n'avons pu le faire.

DIAGNOSTIC

Le rhumatisme nouveau des enfants peut être facilement reconnu lorsqu'il se présente avec les caractères généraux que nous avons indiqués. Mais cependant dès le début, le diagnostic peut présenter certaines difficultés, lorsque par exemple, la lésion se localise dans un petit nombre de jointures.

C'est ainsi que dans une de nos observations la maladie ayant débuté par l'un des poignets le médecin a cru

à une entorse. Nous ne pensons pas devoir insister sur les signes qui auraient pu lui faire éviter l'erreur. Du reste, celle-ci n'a pas été de longue durée ; le poignet du côté opposé a été pris à son tour, et la malade est entrée à l'hôpital où le rhumatisme a été immédiatement reconnu.

Dans une autre de nos observations, celle qui a trait à la malade du service de M. Archambault, le début a eu lieu par les articulations des doigts, et la contracture douloureuse précoce des muscles fléchisseurs des doigts a fait penser à la tétanie. Mais bientôt le gonflement est apparu et au moment où la malade est entrée à la salle Sainte-Genève, il n'était plus possible de se tromper sur la nature de sa maladie.

Les principaux phénomènes qui permettront d'établir à coup sûr le diagnostic au début de l'affection sont les suivants : Douleur et gonflement articulaires très prononcés, envahissement d'emblée ou au bout de peu de jours de plusieurs articulations ; rétractions musculaires précoces, fixité et symétrie des lésions articulaires.

Ces caractères ne permettront pas de confondre le rhumatisme chronique noueux avec le rhumatisme articulaire subaigu, caractérisé par l'envahissement successif et non symétrique des diverses jointures ; la mobilité des lésions articulaires, le gonflement et la douleur beaucoup moins marqués, l'absence des déformations spéciales que nous avons décrites longuement.

La malade actuellement dans le service de M. Archambault est déjà très améliorée par le salicylate de soude. Du moins, le gonflement a diminué notablement ; mais la rétraction musculaire, mais l'attitude des mains et des doigts persistent et ces phénomènes joints à l'apyrexie

complète, et surtout à la symétrie des lésions nous permettent d'affirmer l'existence d'un rhumatisme nouveau en voie d'évolution. D'après nos observations personnelles, d'après celles que nous avons trouvées dans les auteurs, nous nous croyons autorisé à penser que, si la maladie semble retrecéder momentanément, de nouvelles exacerbations ne manqueront pas de se produire, qui amèneront des lésions articulaires pouvant aller jusqu'à l'ankylosé celluleuse. Plus tard, si la malade reste placée dans certaines conditions sur lesquelles nous nous proposons d'insister, nous sommes convaincu que les lésions articulaires disparaîtront.

S'il est possible de faire le diagnostic différentiel du rhumatisme nouveau et du rhumatisme articulaire subaigu chez les enfants, il n'est pas toujours facile de distinguer la goutte, du rhumatisme chronique nouveau.

La goutte est rare chez l'enfant. Garrod (1) a observé un gouteux qui a ressenti la première attaque à l'âge de neuf ans. Il cite un tableau de Scudamore dans lequel on retrouve le premier accès de goutte une fois à huit ans, une autre fois à douze ans. « Je suis d'avis, dit-il, qu'il ne faut accueillir la plupart de ces faits qu'avec la plus grande réserve : chez les jeunes sujets, en effet, plusieurs affections articulaires, et en particulier le rhumatisme, peuvent facilement induire en erreur. » M. Bouchut (2) rapporte qu'il en a vu quelques cas. Dans une lettre publiée par l'*Union médicale*, M. Debout (3) en cite cinq cas survenus chez des enfants dont le plus

(1) *La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme gouteux*. Trad. française, Ollivier, Paris, 1867, p. 282.

(2) *Loc. citat.*, p. 959.

(3) *Union médicale*, Paris, 31 août 1869, p. 318.

jeune avait quatre ans, les autres entre dix et quinze. Dans tous ces cas il s'agit de la goutte héréditaire. D'après M. Bouchut, elle se présente, du moins au début, avec des caractères tout particuliers, et pendant longtemps les enfants de goutteux présentent seulement de petites douleurs au gros orteil ou au talon, douleurs passagères, n'ayant pas le caractère des vrais accès de goutte qui se développeront plus tard.

Nous n'insisterons pas sur tous les caractères que la plupart des auteurs se sont attachés à réunir, pour prouver la différence qui existe entre le rhumatisme et la goutte ; nous resterons sur le terrain de la clinique, et à ce point de vue nous dirons que pour établir le diagnostic, on devra tenir compte pour la goutte, de l'hérédité, du début des douleurs par le gros orteil ou le talon et cela d'un seul côté, dans tous les cas par les membres inférieurs, des rémissions complètes dans l'intervalle des accès douloureux, de l'existence de tophus plus ou moins mobiles sur les parties profondes. Au contraire l'hérédité ne se trouve pas nettement établie chez tous les malades atteints de rhumatisme nouveau, le début a lieu le plus souvent par les articulations des membres supérieurs, qui sont symétriquement envahies et quand les articulations des membres inférieurs sont prises les premières, les observations démontrent que la maladie a d'abord envahi une grande articulation (genou, cou de pied). De plus nous trouvons ici des lésions symétriques dès le début, et dont la marche lente ne présente jamais une rémission complète. Enfin, quand les déformations caractéristiques sont établies, les nodosités ont un siège toujours le même, les extrémités osseuses articulaires avec lesquelles elles font corps et sur lesquelles on ne

peut pas par conséquent les mouvoir, comme cela a lieu pour les concrétions d'origine goutteuse.

Faut-il maintenant à l'exemple de M. Moncorvo insister sur les caractères différentiels des tumeurs blanches et du rhumatisme noueux ? Nous ne le pensons pas. La tumeur blanche se limite le plus souvent à une grande articulation ; elle est ordinairement unilatérale ; sa marche même est tellement différente de celle du rhumatisme noueux, qu'il nous paraît inutile d'insister plus longtemps. Mais il est un fait sur lequel nous devons attirer l'attention, c'est la coexistence possible du rhumatisme et de l'arthrite fongueuse.

La petite malade dont nous avons publié plus haut l'observation d'après M. Stoïcesco, et qui a été observée dans le service de M. Archambault, a présenté pendant l'évolution de son rhumatisme une coxalgie qui a suppuré. Ici le fait n'est pas douteux.

Mais peut-on en dire autant de l'enfant qui fait le sujet de notre observation I ? La malade, il est vrai a présenté au mois d'octobre une arthrite de la hanche pour laquelle on a porté le diagnostic de coxalgie ; mais depuis cette époque le rhumatisme noueux s'est déclaré, et on peut tout au moins se demander si la lésion de la hanche est bien de nature scrofuleuse ou si elle ne dépend pas plutôt des mêmes causes qui ont déterminé l'évolution du rhumatisme. Actuellement, la hanche gauche est très douloureuse, au point que la malade contracte, dès qu'on veut l'explorer, tous les muscles de son membre inférieur ; c'est peut-être là ce qui a fait croire dès les premiers jours à de la contracture essentielle occupant aussi les extrémités inférieures. La hanche est immobile, mais elle ne présente autour d'elle aucun signe indiquant

une suppuration profonde. Aussi croyons-nous qu'il n'est pas possible de se prononcer dans ce cas; le diagnostic ne pourra être établi que d'après la marche de l'affection articulaire. Si cependant nous étions obligé de donner un avis, nous aurions plus de tendance à porter le diagnostic de tumeur blanche, en raison de l'unilatéralité de la lésion.

M. Moncorvo (1) fait le diagnostic du rhumatisme noueux d'avec la périostite phlegmoneuse. Nous ne croyons pas que l'erreur puisse jamais être commise.

Quand aux arthropathies d'origine nerveuse que le même auteur s'efforce de différencier des arthropathies que nous étudions, nous n'en connaissons aucun fait, publié par les auteurs, qui ait rapport à l'enfance. Il nous paraît donc absolument inutile d'y insister.

Il existe un groupe d'arthropathies encore mal connues, dites arthropathies syphilitiques et qu'on observe quelques fois chez les enfants.

Une monographie, due à notre collègue Méricamp (2) va paraître sur ce sujet en même temps que notre travail. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à cette importante publication ceux de nos lecteurs qui désireront posséder là-dessus des renseignements précis.

D'ailleurs ces arthropathies se limitent ordinairement à une grande articulation, et c'est surtout avec le rhumatisme chronique osseux partiel (arthrite sèche) qu'elles pourraient être confondues.

(1) *Loc. cit.* p. 85.

(2) *Des arthropathies syphilitiques*, thèse de Paris, 1882.

PRONOSTIC

Le rhumatisme noueux de l'enfant nous paraît moins grave que celui de l'adulte. Nous n'avons en effet trouvé qu'une malade, celle de M. Cornil (1), qui ait succombé aux complications cardiaque et rénale survenues à la dernière période de la cachexie.

Dans le cas de M. Moncorvo, dans le cas de Blache et dans le cas de M. Stoicesco, dont nous avons complété l'observation, la guérison a été complète; elle se maintient chez cette dernière malade depuis plus de deux ans.

Le malade de M. Dally a été très amélioré en peu de temps; et notre malade est en voie de guérison.

Restent les observations de Martel, de Laborde, de Charcot, d'Archambault, de Bouchut, dans lesquelles la marche de la maladie et la terminaison n'ont pas été indiquées.

Quant à la malade actuellement à la salle Sainte-Geneviève (service de M. Archambault), elle est encore dans la période douloureuse, celle pendant laquelle les lésions s'établissent; et quoique le salicylate de soude paraisse l'améliorer nous ne pouvons prévoir la durée de sa maladie. Mais ce que nous croyons pouvoir affirmer d'après les deux autres malades par nous observées, d'après les cas de Moncorvo et de Dally, c'est que soumise à une hygiène convenable, cette enfant guérira et recouvrera tous les mouvements de ses mains, après que

(1) *Lob. cit.*; *Mém. de la Société de Biologie*, p. 3 et suiv., 1863.

sa maladie aura traversé la période franchement chronique, la période des ankyloses celluleuses et des déformations non douloureuses que nous avons décrites plus haut.

Cependant, bien que le pronostic puisse être porté favorable, pour ce qui est de la terminaison de la maladie, il est néanmoins toujours très sérieux. L'enfant, en effet, est destiné d'abord à souffrir pendant de longs mois, parfois de longues années; plus tard, à rester, longtemps aussi, impotent et infirme; et, quoique ses souffrances puissent être soulagées, il n'en est pas moins condamné à mener pendant un temps plus ou moins long une existence misérable.

Les complications cardiaques, si elles se produisent, viendront aggraver le pronostic. Nous avons vu qu'elles sont rares, on peut dire, exceptionnelles.

La malade qui fait le sujet de notre observation II est agée actuellement de quatorze ans et demi; elle est réglée depuis le mois d'avril. Nous avons remarqué chez elle une amélioration notable depuis cette époque, et nous croyons devoir insister ici sur l'influence heureuse qu'a eu chez elle l'établissement de la menstruation sur la marche de la maladie.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Parmi les conditions étiologiques qui président au développement du rhumatisme nouveau chez l'enfant, beaucoup se retrouvent chez l'adulte et le vieillard.

Aussi, la plupart des questions qui s'y rapportent, sont-elles bien étudiées, et en particulier dans les leçons de M. Charcot (1868), dans les articles déjà cités de MM. Besnier et Homolle. Aussi, ne nous occuperons-nous ici que des faits observés chez les enfants, en faisant ressortir les conditions qui, à cette époque de la vie, semblent favoriser plus particulièrement le développement du rhumatisme noueux.

Les cas que nous sommes parvenus à réunir, sont au nombre de douze. Mais, nous l'avons dit, beaucoup de malades ont été observés, dont l'histoire n'a pas été publiée; nous ne pouvons donc rien dire sur la fréquence absolue ou relative du rhumatisme noueux chez les enfants.

Pour ce qui est de l'âge, nous le trouvons signalé dix fois. Dans deux cas, publiés plus haut, celui de M. Bouchut (1), et celui de M. Archambault (2), l'âge des malades n'est pas noté. Dans les autres cas, le début de l'affection a eu lieu à 2 ans, (Blache); 2 ans et demi (Moncorvo); 3 ans et demi (Archambault); 4 ans (Laborde); 4 ans et demi, (Stoïcesco-Lacaze); 7 ans, (Dally); 10 ans, (Charcot); 10 ans, (Martel); 12 ans, (Cornil); 13 ans et demi, (Lacaze). Le rhumatisme noueux peut donc se rencontrer à partir de deux ans, et ne paraît pas plus fréquent à mesure que les enfants se rapprochent de la puberté.

Nous retrouvons au sujet du *sexe*, la même influence que chez les vieillards. Sur douze cas, trois ont rapport à des garçons, huit à des filles. Dans le cas de Blache, le sexe n'est pas indiqué.

(1) V. p. 16.

(2) V. p. 27.

Les conditions d'hérédité n'ont pas été notées dans bon nombre de cas, et nous ne retrouvons guère l'hérédité nettement établie, que dans l'observation de M. Dally. Encore y est-il dit que « *le grand père paternel a été affecté dans les dernières années de sa vie, de rhumatisme articulaire qui, d'après les renseignements recueillis, pourrait appartenir à la même catégorie que celui que nous allons décrire.* »

Mais, si on ne trouve pas toujours le rhumatisme dans les antécédents héréditaires des petits malades, en revanche on y note fréquemment la tuberculose pulmonaire (Dally, Lacaze), le cancer (Cornil, Lacaze), l'asthme (Cornil). Dans son observation, M. Moncorvo n'a trouvé aucune prédisposition héréditaire.

Au contraire, dans la plupart des cas, nous trouvons dans les antécédents des malades, des faits importants à noter. Ainsi, les auteurs s'accordent à reconnaître que la *scrofule* est un fond sur lequel le rhumatisme se développe souvent. Nous rappelons à ce propos, les deux observations déjà citées de M. Archambault, dans lesquelles est notée la coexistence du rhumatisme nouveau et de la coxalgie suppurée, dans un cas.

Nous n'avons pas à examiner ici l'influence de la *chlorose* sur le développement du rhumatisme nouveau. Comme l'a démontré M. Parrot (1), la chlorose n'existe qu'après la puberté. Or, chez nos malades les plus âgées, la menstruation ne s'est établie qu'après le début du rhumatisme, et nous rappellerons ici pour n'y plus revenir, l'amélioration notable qui ne cesse de s'accen-

(1) *Dict. Encyclopéd. des Sciences médicales*, tome VII, 1^{re} série, Paris, 1874, art. Chlorose.

tuer de jour en jour chez notre malade, depuis que la fonction menstruelle s'est établie.

Quant à la *syphilis*, nous ne la trouvons signalée dans aucun cas, et chez les trois malades que nous avons observées, nous l'avons vainement recherchée, soit sur les enfants elles-mêmes, soit chez leurs ascendants.

Parmi les antécédents personnels, on trouve fréquemment l'influence d'une maladie antérieure, comme cause débilitante, de la misère, d'une mauvaise alimentation. L'enfant observée par M. Moncorvo, avait été atteinte d'une coqueluche grave. « Elle avait été allaitée successivement par plusieurs nourrices, dont quelques-unes étaient scrofuleuses et rhumatisantes. » (1) Si l'influence de la misère n'est pas notée dans la plupart des cas, du moins, il est remarquable que neuf fois sur nos douze cas, les enfants n'appartiennent pas à la classe aisée; chez presque tous, on trouve une cause débilitante précédant le rhumatisme nouveau. C'est la « goutte de l'indigence », comme l'a dit Landré-Beauvais, (2) aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard.

Parmi les causes capables de déterminer l'apparition du rhumatisme nouveau chez l'enfant, nous trouvons en première ligne l'influence du froid humide. Nous l'avons nettement constatée chez notre malade qui, peu de temps avant l'invasion de sa maladie, a été un peu surmenée, obligée qu'elle était de porter de lourds fardeaux. Fréquemment cette enfant tordait du linge mouillé, et chez elle les articulations des poignets ont été envahies les premières. Dans aucune de nos observations, nous ne

(1) *Loc. cit.*, p. 11.

(2) *Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte, goutte asthénique primitive?* thèse de Paris, 1800.

trouvons le traumatisme signalé comme cause déterminant la maladie.

Là se bornent les circonstances étiologiques observées jusqu'ici chez les enfants. Nous sommes forcé de reconnaître que l'influence de ces causes est encore bien obscure. Nous tenons cependant à insister sur ce fait, que les enfants atteints sont tous des enfants qui ont souffert à cause d'un allaitement imparfait, d'une nourriture insuffisante, qui ont été affaiblis par des maladies antérieures, ou qui ont été surmenés.

CHAPITRE V

NATURE

Les faits de rhumatisme nouveau observés chez l'enfant, peuvent-ils fournir un éclaircissement nouveau sur la nature du rhumatisme articulaire chronique progressif ? Telle est la question que nous devons examiner avant de passer à l'étude du traitement de cette maladie chez l'enfant.

Et d'abord il nous paraît bien établi par les faits que nous avons observés, par la description que nous avons donnée, que le rhumatisme nouveau est bien la même maladie chez l'enfant, chez l'adulte et le vieillard. Seulement, dans les premières années de la vie, il présente au début un caractère de subacuité, qui tend à diminuer de fréquence à mesure qu'on s'avance vers la vieillesse. Ce phénomène, joint à la curabilité de la maladie, sont les seules différences à noter. Encore trouvons-nous entre

les deux formes extrêmes des types qui peuvent servir de transition. M. Charcot a vu guérir des adultes atteints de rhumatisme nouveau manifeste ; nous en citerons deux cas inédits à propos du traitement. Par contre, nous avons parlé déjà de la malade observée par M. Cornil qui, affectée depuis l'âge de douze ans, succomba dans un état de cachexie profonde à trente et un ans, et présentait les complications de péricardite, pleurésie, néphrite albumineuse, qu'on observe surtout chez les vieillards.

Si donc, il est prouvé que la maladie peut se développer à toutes les périodes de la vie, tout ce qui a été dit touchant la nature du rhumatisme nouveau chez les vieillards peut être appliqué aux cas observés chez les enfants.

Le rhumatisme nouveau a longtemps été confondu avec la goutte, il a été décrit pour la première fois avec une netteté remarquable par Sydenham (1), qui le rattache au rhumatisme. Depuis lors, l'affection est longtemps restée dans l'ombre. La thèse de Landré-Beauvais (2) (1800), a été le point de départ d'une série de travaux importants que nous ne pouvons citer ici. On trouvera l'histoire complète de la question dans l'article déjà cité de M. Besnier (3).

« La nature rhumatismale de cette forme d'arthropathie osseuse ne peut plus être contestée, écrit M. Besnier, soit qu'on étudie les lésions anatomiques, soit que l'on considère l'évolution symptomatique, les conditions étiologiques, les localisations viscérales, les rela-

(1) *Méd. prat. Hist. et Cours des maladies aiguës*, sect. IV, chap. VI. *Du Rhumatisme*, 523 (1666-1629).

(2) *Loc. cit.*, thèse de Paris, 1800.

(3) *Loc. cit.*, p. 656 et suivantes.

tions héréditaires, etc. (1) ». Ce sont les travaux des auteurs français et principalement de M. le professeur Charcot qui ont déterminé l'annexion de l'arthrite noueuse au rhumatisme.

En Angleterre, Fuller différencie l'affection qui nous occupe du rhumatisme et de la goutte, et pourtant il lui donne le nom de *rhumatisme goutteux*, bien qu'il insiste sur ce fait qu'elle ne peut être considérée comme tenant à la fois du rhumatisme et de la goutte. Il voit là une maladie à part; c'est aussi l'opinion de Garrod, qui la rapproche du rhumatisme, dont il la distingue cependant par l'absence de complications viscérales, d'où le nom d'*arthrite rhumatoïde*. Garrod n'admet qu'avec réserves les déductions de M. le professeur Charcot. Il demande un supplément d'informations et ajoute : « *Il est plus aisé de prouver ce que n'est pas l'arthrite rhumatoïde que de fournir le moindre fil conducteur pour diriger dans la recherche de ce qu'elle est.* »

M. Besnier insiste sur les analogies du rhumatisme osseux avec quelques altérations de nutrition des extrémités articulaires d'origine nerveuse. Cependant, il ne rattache pas le rhumatisme noueux aux arthropathies d'origine nerveuse. Pour lui, le système nerveux n'est que l'intermédiaire actif entre la cause supérieure, le rhumatisme, et les déterminations articulaires ou viscérales. « Il n'est pas une de ces affections nerveuses avec arthropathies, qui ne puisse être déterminée par le rhumatisme; mais une foule de conditions peuvent les réaliser, sans l'intervention de l'état rhumatismal. (2) » Plus loin, M. Besnier cite en ces termes l'opinion de M. Vulpian :

(1) *Loc. cit.*, p. 687.

(2) *Loc. cit.*, p. 618.

« Vulpian ne regarde pas comme démontré (bien qu'il n'en nie pas la possibilité), que la lésion des centres nerveux puisse, par elle seule, engendrer les arthrites; et il pense au contraire, d'après ses propres observations, que l'affaiblissement ou l'exaltation de l'influence trophique constituent seulement une cause prédisposante, favorisant le développement des phlegmasies articulaires, sous l'action des contusions, des distensions violentes des articulations, du contact continu réciproque des surfaces articulaires, etc. (Vulpian, *Leçons sur l'app. vaso-moteur*, t. II, p. 458, Paris 1875, et *Préface à la trad. du Traité des lésions nerveuses de Weir Mitchell*), et, ajouterons-nous, de la disposition rhumatismale de l'individu pour les cas où il s'agit réellement de manifestations rhumatismales (1). »

Dans ses leçons professées à l'école de médecine en 1880, M. le professeur Bouchard (2) distingue le rhumatisme nouveau des affections rhumatismales, et, frappé par les analogies qui existent entre les déformations du rhumatisme nouveau et celles qui appartiennent à quelques affections nerveuses, la paralysie agitante en particulier, se demande si cette maladie n'est pas de l'ordre des *maladies névrotrophiques*. Il continue ainsi : « Elle se développe d'une façon symétrique, elle n'est pas irrégulière dans sa généralisation, elle est ascendante ou descendante, elle commence par les petites articulations des extrémités et remonte graduellement vers la racine du membre, elle ne procède pas par sauts, mais son

(1) *Loc. cit.*, p. 689-690.

(2) Maladies par ralentissement de la nutrition. — Cours de pathologie générale, professé à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année 1879-1880, p. 346.

envahissement se fait d'une façon progressive et systématique. Elle s'accompagne de la raréfaction du tissu osseux, de même que cela s'observe dans certains états paralytiques. Les déformations des jointures dépendent moins de la lésion des surfaces articulaires que des spasmes musculaires. On observe des atrophies musculaires et même l'état scléreux des muscles, comme dans certaines contractures d'origine nerveuse, et ces atrophies se font par groupes musculaires systématiques. Vous le voyez, on pourrait, sans trop forcer l'analogie, chercher quelques points de comparaison avec les arthropathies de l'ataxie, de l'hémiplégie, de la paralysie agitante. Et ces deux maladies, la phtisie et l'albuminurie, qui surviennent si souvent au cours du rhumatisme noueux, sont celles qui également tuent la plupart des ataxiques.»

Ces arguments en faveur d'une hypothèse ingénieuse ne constituent pas, comme le fait remarquer M. Bouchard, une démonstration, mais tout au plus une présomption que n'ont pas justifiée les recherches nécropsiques.

En effet, M. Debove (1) a publié, dans le *Progrès médical*, l'observation d'un malade, atteint de rhumatisme noueux, qui a succombé à Bicêtre. Il a trouvé dans les muscles les lésions de l'atrophie simple, comme on la rencontre dans l'atrophie musculaire progressive, l'atrophie musculaire des hémiplégiques et des paraplégiques, en un mot dans les atrophies musculaires d'origine nerveuse; mais l'examen de la moëlle, des gros troncs nerveux, des nerfs périphériques étudiés même dans l'épaisseur des muscles présentant le plus haut degré d'atrophie,

(1) Note sur les atrophies musculaires d'origine articulaire, *Progrès médical*, Paris, 11 décembre 1880.

nelui a démontré l'existence d'aucune lésion du système nerveux.

Pour nous, obligé de nous faire une opinion sur la nature du rhumatisme noueux en général, et du rhumatisme noueux chez l'enfant en particulier, nous ne croyons pas devoir admettre la théorie névrotrophique, quelque séduisante qu'elle puisse paraître. Outre que les arguments invoqués par M. le professeur Bouchard sont insuffisants, comme il l'avoue, pour entraîner la conviction, certains des faits qu'il invoque ne se retrouvent pas toujours, du moins chez les enfants dont nous nous occupons seulement ici. La maladie n'est pas toujours régulièrement ascendante ou descendante, dans sa généralisation. Il suffit de lire, pour s'en convaincre, quelques-uns des faits que nous publions, et en particulier l'observation III. Les déformations des jointures dépendent moins de la lésion des surfaces articulaires que des spasmes musculaires, dit encore M. Bouchard; mais ces contractions musculaires spasmodiques se produisent, d'après M. Charcot (1), « par une sorte d'action réflexe dont le point de départ est dans les jointures affectées. » L'atrophie musculaire simple ne se rencontre pas seulement dans les maladies d'origine nerveuse, on la trouve encore, en effet, comme l'a démontré M. Valtat (2), dans les atrophies consécutives à d'autres affections articulaires, les affections traumatiques en particulier. (Ce point ne nous paraît pas cependant absolument démontré par les recherches de M. Valtat.) Enfin, si on retrouve quelquefois à la dernière période la phthisie et l'albumi-

(1) *Loc. cit.*, p. 207.

(2) De l'atrophie musculaire dans le cours des maladies des articulations, *Arch. gén. de Médecine*, Paris, 1877, tome II, p. 159 et 321.

nurie, il n'est pas moins vrai que chez l'enfant surtout, mais chez l'adulte aussi, la maladie est curable et diffère en cela de l'ataxie, dont la marche est fatalement progressive.

Pour toutes ces raisons nous rejeterons, jusqu'à la publication de faits plus probants, la théorie névrotrophique; et, pour les raisons si bien développées par M. Charcot (1), nous admettrons avec MM. Besnier, Charcot, Homolle, la nature rhumatismale du rhumatisme noueux en général et du rhumatisme noueux chez les enfants en particulier.

De plus, en raison même de la symétrie des lésions, nous sommes porté à partager l'opinion de M. Besnier qui, avec M. Vulpian, admet, seulement comme cause prédisposante, l'affaiblissement ou l'exaltation de l'influence trophique des centres nerveux, favorisant le développement des arthropaties sous l'action du rhumatisme.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement du rhumatisme noueux a donné lieu à d'importantes publications qui, presque toutes, ont trait au rhumatisme noueux des adultes; et, peu d'auteurs se sont occupés des moyens thérapeutiques à opposer à la maladie lorsqu'elle se développe chez l'enfant.

MM. Dally et Moncorvo sont à peu près les seuls qui aient étudié la question à un point de vue spécial; mais

(1) *Loc. cit.*, p. 173 et 176.

chacun d'eux n'a eu à traiter qu'un malade qui a guéri, comme celui de Blache du reste, sur lequel nous manquons absolument de détails.

Ces auteurs insistent plus particulièrement sur l'emploi des bains, du massage et surtout de l'électricité, moyens à l'aide desquels, dans les trois cas cités plus haut, la guérison a été obtenue.

Parmi nos malades, celle qui fait l'objet de l'observation III a guéri, et cependant, chez elle, ni le massage, ni l'électricité n'ont été employées. Elle a été envoyée à Forges où elle a pris des bains dans de l'eau simplement chauffée au soleil. Une autre de nos malades est actuellement en voie d'amélioration notable et l'électricité n'est pour rien dans ce résultat.

Notre intention n'est pas de passer ici en revue les divers médicaments tour à tour vantés et laissés de côté. La plupart de ces agents thérapeutiques sont bons lorsqu'ils sont maniés avec précaution par des mains expérimentées.

Les leçons du professeur Charcot, les articles de MM. Besnier et Homolle contiennent là-dessus tous les détails nécessaires, et M. Moncorvo, dans son travail déjà cité, consacre de longues pages à l'étude de divers moyens de traitement. Nous renvoyons à ces ouvrages ceux de nos lecteurs qui désireront des renseignements complets sur ce sujet.

Nous nous bornerons à énoncer ici les conséquences qui découlent de l'exposé des faits observés chez les enfants, et à indiquer comment, étant donné un enfant atteint de rhumatisme nouveau au début, nous nous y prendrions pour instituer un traitement et tâcher d'obtenir la guérison.

Mais tout d'abord, bien que rien de ce que nous avons à dire ne doive se rapporter aux adultes, nous devons citer deux faits fort intéressants et qui nous ont été communiqués, le premier par M. le professeur Bouchard, le second par M. Rendu, professeur agrégé de la Faculté.

M. le professeur Bouchard (1) a vu une dame atteinte de rhumatisme nouveau traitée sans succès à Paris, passer en Angleterre où sa maladie a guéri spontanément malgré le climat humide et froid.

M. le Dr Rendu a donné pendant plusieurs années de suite des soins à une dame âgée d'une soixantaine d'années. Cette dame présentait, à un degré très prononcé, les déformations du rhumatisme nouveau; de plus, elle était arrivée à un état de cachexie profonde, au point que n'osant pas lui donner un médicament actif, qui n'eût pas été toléré, M. Rendu lui faisait prendre uniquement de l'huile de foie de morue, d'ailleurs sans résultat évident. A la suite de l'hiver de 1879, pendant lequel le froid a été très rigoureux, cette dame a guéri et cela complètement sans l'emploi d'aucune autre médication.

Ces observations sont bien faites pour donner à réfléchir. Nous ne voulons en tirer aucune conclusion, pour le moment du moins.

Un mot maintenant sur la marche du rhumatisme nouveau chez les enfants. Nous avons vu que cette maladie a une évolution à peu près toujours la même; qu'après une période subaiguë, elle devient franchement chronique; puis, que les lésions tendent à retrocéder et que la guérison se produit.

Si les faits de Blache, de Dally, de Moncorvo semblent

(1) Communication orale.

(2) Communication orale.

démontrer l'heureuse influence des bains, du massage et de l'électricité, il n'en est pas moins évident que d'autres malades ont guéri sans l'emploi de ces moyens dont nous examinerons plus loin le mode d'action.

Nous croyons que si ces moyens peuvent avoir une action favorable sur la maladie, aucun d'eux n'est indispensable pour amener la guérison, qui, plusieurs fois, est survenue spontanément. Nous avons insisté à propos des conditions étiologiques sur ce fait que le rhumatisme noueux prend naissance chez des enfants débilités par les privations, l'alimentation mauvaise, les maladies graves; et nous sommes persuadé que les moyens destinés à relever les forces du malade, à faciliter les fonctions digestives, à combattre l'anémie, doivent tenir le premier rang dans le traitement de la maladie. Celle-ci pourra alors évoluer et marcher vers la guérison d'une façon, nous croyons pouvoir dire, certaine; et le but qu'on devra tâcher d'atteindre au moyen des autres agents thérapeutiques sera de favoriser l'évolution normale de la maladie vers la guérison.

Nous prescrirons donc aux enfants, les toniques, et plus particulièrement l'huile de foie de morue, le quinquina, la gentiane, le houblon, l'iodure de fer, et cela, dès le début de la maladie.

Localement les onctions de baume tranquille ou de baume opodeldoch; de plus, les articulations malades seront entourées d'ouate et maintenues autant que possible dans leur position normale.

Contre la douleur, on aura recours au salicylate de soude, si les phénomènes aigus prédominent, et on devra le donner à dose élevée pendant un temps suffisant, et ne cesser son usage que progressivement.

Dans les cas nettement chroniques, M. Jules Simon préfère chez les enfants, l'usage de la teinture de colchique, à la dose de quatre à dix gouttes par jour, en deux fois. Ce médicament sera donné pendant quinze jours de suite, à doses successivement croissantes, puis décroissantes, et devra être repris tous les mois pendant quinze jours. Il devra même être continué longtemps après la cessation des douleurs.

Lorsque les douleurs vives auront disparu, l'iodure de potassium à l'intérieur nous paraît absolument indiqué; on pourra l'employer seul ou associé à la teinture d'iode, (Lasègue) (1).

A ce moment aussi, on devra recourir à l'emploi des bains, qui auront une action très favorable sur la marche de la maladie. Ils ne devront pas être d'une longue durée, (10 à 15 minutes au plus), mais il faudra les prescrire tous les jours d'abord, puis tous les deux jours et les continuer pendant longtemps.

On pourra avoir recours, soit aux bains simples à température élevée, (Lasègue), (2) (Bouthéry), (3), soit aux bains sulfureux, aux bains salés, ou aux bains d'arséniate de soude, vantés surtout par M. Guéneau de Mussy, (4).

A côté de ces moyens se place l'emploi des eaux minérales. Celles qui paraissent le mieux réussir, sont les

(1) *Archives générales de Médecine*. Paris, 1856, tome VIII, 5^e série.

(2) *Archives générales de médecine*. Paris, novembre, 1874.

(3) *Traitement du Rhumatisme nouveau par les bains à haute température*, thèse de doctorat, Paris, 1878.

(4) *De l'emploi des bains à l'arséniate de soude, contre le rhumatisme nouveau*; in *Gazette des hôpitaux*, août 1861. — *Du traitement du rhumatisme nouveau, par les bains arsénicaux*; in *Bulletin général de Thérapeutique*, septembre 1863. *Leçons sur le rhumatisme chronique*; in *Gaz. des Hôp.*, janv. et fév. 1873.

eaux chaudes, chlorurées, sulfureuses ou arsénicales. Les bains de mer sont contre-indiqués chez les rhumatisants, mais on peut leur donner des bains d'eau de mer, dont la température a été élevée ; ils retireront un grand bénéfice d'une saison à Bourbonne-les-Bains ou à Salins-les-Moutier. Les malades qu'on ne pourra facilement déplacer, se trouveront bien de prendre des bains chauds préparés avec des sels de Salins dans le Jura, ou de Salies de Béarn.

Les enfants atteints de rhumatisme nouveau pourront également être traités par des eaux sulfureuses, telles que celles de Cauterets, de Luchon, de Saint-Honoré.

Chez les jeunes filles de 12 à 15 ans, qui présentent au moment de la menstruation un état chlorotique, les eaux de Luxeuil agiront favorablement.

Si on a affaire à un petit malade névropathe, à une petite fille sur la pente de l'hystérie, Nérès, La Malou, Plombières, Saint-Gervais, devront être préférées.

On pourra également envoyer les enfants rhumatisants, qui présenteront des manifestations cutanées, au Mont-Dore, ou encore à la Bourboule, qui jouit d'un climat beaucoup plus égal.

Nous ne pouvons entrer là-dessus dans de plus longs détails. Nous renvoyons pour de plus amples renseignements, aux traités spéciaux écrits sur les eaux minérales.

Les indications que nous venons de donner, nous les avons puisées dans l'enseignement de notre maître, M. le Dr Jules Simon, dont les leçons sur ce sujet, n'ont pas encore été publiées.

Le massage a donné de bons résultats. Il ne devra pas être négligé, mais il faudra attendre que les articula-

tions ne soient plus douloureuses, avant d'imprimer des mouvements aux surfaces articulaires. Les frictions sèches seront employées d'abord, puis les mouvements communiqués, en ayant soin de ne les pratiquer qu'avec de grandes précautions, et de les cesser, au moins dès le début, lorsque quelques adhérences auront été rompues.

Nous pourrions insister davantage sur divers autres moyens de traitement, soit locaux (bains de vapeur, sacs de sable chaud sur les articulations, etc.), soit généraux (médication par l'arsenic, par la teinture ammoniacale de gaïac, par le bicarbonate de soude et les alcalins) ; mais tous ces moyens ont été surtout employés chez les adultes et on les trouvera décrits longuement dans les ouvrages indiqués au début de ce chapitre. Nous croyons cependant devoir recommander ici l'emploi de l'arséniate de soude à l'intérieur (Guéneau de Mussy), qui paraît avoir chez la malade de M. Moncorvo réveillé la paresse des fonctions digestives.

Il va sans dire qu'on devra traiter par des moyens appropriés les complications viscérales qui pourront se produire. Nous n'entrerons pas dans des détails là-dessus. La péricardite et l'endocardite rhumatismales cèdent en général, et souvent complètement, à une thérapeutique convenable en raison de leur bénignité plus grande chez les enfants.

Reste un moyen thérapeutique puissant sur lequel nous croyons devoir donner quelques détails, nous voulons parler de l'électricité.

On peut employer dans le traitement des maladies l'électricité à l'état statique ou à l'état dynamique. L'électricité statique ne convient pas aux cas que nous

études. Quand à l'électricité dynamique, c'est sous forme de courants continus qu'elle doit être employée. Nous ne nous attacherons pas à faire l'historique de la question, on le trouvera dans le travail de M. Moncorvo (1). Nous nous bornerons à signaler les résultats favorables signalés par cet auteur, et ceux obtenus par M. Dally et M. Blache.

Dans un article récemment publié dans les *Archives générales de médecine*, M. le docteur Joffroy (2), professeur agrégé de la Faculté de Paris, a écrit la phrase suivante : « Dans la goutte comme dans le rhumatisme chronique progressif, il s'agit de lésions articulaires en voie d'évolution ou de progression irrégulière mais presque constante, et la conclusion qui découle de ce fait important, c'est que, dans ces deux maladies, l'électrothérapie n'est que médiocrement et que rarement indiquée, la lésion articulaire contre laquelle l'électricité ne peut rien entretenant les lésions de voisinage des tissus musculaires et fibreux. »

Nous ne voulons pas contester ici l'exactitude des résultats auxquels est arrivé M. Joffroy. Cependant nous placerons à côté de ces faits ceux observés par MM. Moncorvo, Dally et Blache ; et nous citerons le cas d'un malade, observé par M. le docteur Boudet de Paris (3) dans le service de M. Debove à Bicêtre ; ce malade présentait des tophus volumineux, qui ont disparu en peu de temps et d'une manière complète après l'application de courants continus.

Ces faits viennent confirmer l'opinion du docteur Ché-

(1) *Loc. cit.* p. 119 et suiv.

(2) *Arch. gén. de médecine*, novembre 1881. Traitement de certaines arthropathies par l'électricité.

(3) Communication orale.

ron (1) exprimée ainsi dans la *Gazette des Hôpitaux* :
« Les douleurs s'atténuent, ou disparaissent au bout d'un petit nombre de séances. Certaines ankyloses peuvent même cesser, lorsque l'atrophie n'a pas encore fait de trop grands progrès. Les incrustations calcaires, les contractures, les rétractions et les atrophies musculaires produites par le rhumatisme nouveau, sont toujours favorablement modifiées et guéries par ce moyen de traitement. » Il ajoute que l'action générale des courants se traduit « au point de vue clinique, par la disparition de la plus grande partie des complications viscérales qui accompagnent le rhumatisme nouveau et par une amélioration rapide de la santé des rhumatisants. »

Notre collègue et ami, M. le docteur Boudet de Paris, a bien voulu nous communiquer le résultat de son expérience sur le sujet que nous traitons. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire textuellement la note qu'il a rédigée pour nous ; on y trouvera des détails intéressants sur le mode d'application des courants continus :

« Dans le rhumatisme nouveau, l'électricité peut rendre de grands services et même amener la guérison.

« Des trois modes d'électrisation, statique, faradique et galvanique, le dernier est celui auquel on doit recourir de préférence, les deux premiers n'agissant guère que sur les muscles et la circulation des petits vaisseaux.

« La galvanisation a pour résultats :

- 1^o De faire cesser très rapidement les douleurs ;
- 2^o De faire disparaître les contractures ;
- 3^o D'aider à la disparition des nodosités ;

(1) *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1869, nos 150 et suivants.

« Prolongée quelque temps, elle fait également disparaître l'atrophie des muscles et les paralysies.

« Le mode d'application est le suivant : appliquer le *pôle positif*, représenté par une large plaque mouillée, sur la région cervico-dorsale (pour le rhumatisme des membres supérieurs), ou sur la région dorso-lombaire (pour le rhumatisme des extrémités inférieures). — Plonger les extrémités malades dans un bassin de porcelaine plein d'eau légèrement salée et à la température du corps. — Enfin, mettre cette eau en communication avec le pôle négatif de la pile au moyen d'une plaque métallique et d'un fil conducteur.

« Le courant doit avoir, pour les enfants, une intensité de huit à douze unités environ (huit à douze milli-ampères).

« Les séances doivent être faites tous les jours au moins pendant le premier mois, et chacune d'elles doit avoir une durée de dix à quinze minutes. »

En présence des résultats obtenus, nous pensons qu'on ne doit pas hésiter à appliquer les courants continus et cela de bonne heure, le plus tôt possible.

Ce moyen puissant n'a encore été expérimenté chez les enfants qu'à une période avancée de la maladie. Il faut attendre, avant de se prononcer entièrement sur son efficacité, que de nouveaux faits aient été publiés.

Nous avons vu que chez la malade qui fait le sujet de l'observation III, la guérison est survenue sans l'emploi de l'électricité, mais elle s'est fait longtemps attendre, et on peut induire des faits déjà cités qu'elle eût été probablement plus prompte à se produire si on avait eu recours à ce précieux agent thérapeutique.

Telles sont les considérations que nous désirions pré-

sentier sur l'électricité médicale, dont le mode d'emploi est mal connu de beaucoup de médecins. Bien que nous restions convaincus qu'elle constitue un moyen des plus efficaces pour amener la guérison du rhumatisme noueux, nous croyons néanmoins que rien ne devra être négligé pour relever les forces des malades, et qu'on devra instituer, dans tous les cas, la médication interne que nous avons indiquée.

On nous reprochera peut-être d'avoir traité un peu légèrement ce qui a rapport aux diverses médications ; nous avons déjà répondu à cette objection en indiquant les ouvrages qui donnent tous les détails nécessaires sur la matière, détails que nous avons cru inutile de reproduire ici ; d'avoir insisté sur certains agents à l'exclusion de certains autres : nous rapportons surtout ce que nous avons vu et observé.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1^o Le rhumatisme noueux existe chez les enfants, il a été observé à partir de l'âge de 2 ans.

2^o Il ne paraît pas augmenter de fréquence à mesure que l'on se rapproche de l'âge de 15 ans.

3^o Les symptômes sont analogues à ceux qu'on observe chez l'adulte et le vieillard ;

4^o La marche est chronique avec des allures subaiguës, du moins au début ;

5^o Après une durée qui varie d'un an à plusieurs années, la guérison est la règle ;

6° Le rhumatisme est beaucoup moins grave chez l'enfant que chez les vieillards ;

7° Les complications cardiaques existent chez l'enfant.

8° L'hérédité n'est pas nettement établie, faute de détails, dans la plupart des cas publiés. On trouve souvent le cancer ou la tuberculose chez les ascendants.

9° Le sexe féminin est plus fréquemment atteint.

10° Les maladies graves, la misère, toutes les causes de débilitation, la scrofule, prédisposent à la maladie dont la cause déterminante paraît être le froid humide le plus souvent.

11° Les faits que nous avons observés plaident en faveur de la nature rhumatismale de l'affection.

12° Parmi les divers traitements employés, le traitement par les courants continus, qui paraît donner d'excellents résultats, demande à être encore expérimenté.

OBSERVATION I.

Communiquée par mon collègue Séné et recueillie dans le service de M. Archambault.

Charlotte, François, âgée de trois ans, entre le 4 octobre 1882, à l'hôpital des Enfants Malades, pour une coxalgie qui siège du côté gauche.

Bien que cette enfant n'ait pas fait jusqu'ici de maladie sérieuse, elle a toujours été chétive ; sa mère est morte, il y a un an, en donnant le jour à un enfant bien portant. Son père n'a jamais fait de maladie grave. Donc, pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels.

Depuis le mois de janvier 1881, l'enfant accusait dans le genou une douleur dont on rapportait l'origine à une chute ; elle

a continué à marcher jusqu' vers le commencement de septembre ; mais à cette époque, les douleurs sont devenues assez violentes pour l'empêcher de marcher et nécessiter son admission à l'hôpital. Les douleurs avaient pour siège le genou et la hanche qui était immobilisée et un peu fléchie. Deux appareils inamovibles ont été successivement appliqués depuis le mois d'octobre. La douleur avait diminué. Mais l'enfant ayant contracté la teigne tondante, on la désigne pour passer dans le service des chroniques.

Elle était encore dans le service de chirurgie, lorsqu'elle a contracté, dans le mois de mars, une angine diphthéritique qui s'est compliquée de paralysie du voile du palais. Elle était guérie de ces accidents, lorsque dans les derniers jours de mai 1882, elle a été prise subitement par les premières atteintes de sa maladie actuelle.

Tout d'un coup, sans que rien ait pu le faire prévoir, elle a présenté de la contracture des mains : les doigts fléchis sur le métacarpe, les phalanges en extension, le pouce dans l'adduction.

L'articulation de la hanche est restée très douloureuse, et on peut attribuer à cette douleur l'immobilisation de tout le membre qui a fait croire dès les premiers jours à de la contracture des extrémités inférieures. Il nous paraît douteux que ce phénomène ait existé en raison même de sa disparition rapide. La contracture étant le phénomène prédominant, on a porté le diagnostic : tétanie. Mais il survint rapidement un gonflement des doigts et des mains si considérable, et il se produisit des déformations telles, que ce diagnostic dût être abandonné.

Rien n'avait pu faire prévoir la venue de cette affection : l'enfant couchée depuis de longs mois dans une salle d'hôpital n'avait pas depuis longtemps subi de causes de refroidissement.

Après un mois d'expectation, la fillette est envoyée dans la salle Sainte-Geneviève, n° 14, service de M. Archambault où nous la voyons pour la première fois, le 2 juillet 1882.

Le maître a porté le diagnostic : rhumatisme noueux, sans se prononcer sur la nature de la lésion de la hanche.

La coxalgie gauche a, nous l'avons dit, débuté vers les premiers jours de janvier 1881, c'est-à-dire un an et demi avant la

lésion des mains. Elle est accusée aujourd'hui par tous les signes classiques : rotation de la cuisse, contracture des muscles pelvi-trochantériens, immobilité de l'articulation, etc. Il ne nous paraît pas possible de dire la nature de l'arthrite. L'absence d'œdème et de gonflement périarticulaire, autorisent cependant à dire qu'elle n'est pas suppurée.

Les pieds qui, au début, auraient été contracturés sont actuellement indemnes. Les autres articulations sont également normales ; les poignets et les mains sont seuls lésés. L'affection est absolument symétrique.

L'enfant souffre beaucoup de ses mains, aussi appréhende-t-elle le moindre contact ; elle pousse des cris, dès qu'on veut la toucher, et tient continuellement ses membres supérieurs dans une position telle que les mains ne reposent jamais sur le lit. Les avant-bras sont fléchis sur les bras et en pronation, les mains fléchies et déjetées vers le bord cubital.

Les mains sont fléchies presque à angle droit. Le dos de l'articulation du poignet, les mains et les doigts, sont le siège d'un œdème blanc, rosé par places, assez considérable, gardant l'empreinte du doigt, et moins prononcé à la face palmaire.

Les quatre derniers doigts sont remarquables par leurs déformations : la phalange est légèrement fléchie sur le métacarpe, la phalangine étendue sur la première phalange et la phalangette fléchie sur la phalangine ; ces doigts ont de plus subi une déviation en masse telle, que leur axe est porté vers le bord radial de la main avec une légère tendance à l'imbrication. A part cette déviation latérale, les doigts reproduisent le second type de déformation du rhumatisme noueux des vieillards, type décrit par M. Charcot.

Les phalanges des pouces ne sont pas fléchies ; mais ce doigt est dans une adduction forcée. Les autres doigts déviés en sens inverse le recouvrent complètement.

La première phalange des quatre derniers doigts est, avons-nous dit, fléchie, la seconde étendue, la troisième fléchie de telle sorte que les extrémités correspondantes de la phalange et de la phalangine forment une notable saillie vers la face palmaire, tandis que les extrémités adjacentes de la phalangette et de la phalangine forment une saillie dorsale. Au niveau de ces saillies,

les extrémités phalangiennes semblent légèrement élargies, ce qui tient à l'existence d'un œdème, avec rougeur, très prononcé à ce niveau. La pression est très-douloureuse au niveau des points culminants des nodosités articulaires.

15 juillet. — L'enfant prend depuis une huitaine de jours, deux, puis trois grammes de salicylate de soude ; le médicament a diminué très notablement la douleur ; l'œdème a diminué aussi ; les muscles paraissent moins rigides, mais les déformations ne sont nullement modifiées. Les mains sont constamment enveloppées dans de l'ouate et enduites de baume tranquille.

Le cœur ne présente aucune altération dans son rythme ; les bruits du cœur sont normaux.

Aucune altération des autres fonctions.

OBSERVATION II. (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Jules Simon.

Marie Ritter, âgée de 13 ans et demi, est entrée le 25 mai 1881, à la salle Sainte-Geneviève, n° 28. service de M. Archambault. Depuis le mois d'avril, elle se plaignait de douleurs vagues dans les jointures, surtout dans les mains, douleurs passagères mais de plus en plus fréquentes ; et d'une fatigue générale. La marche était quelquefois pénible, et il lui arrivait parfois de ne pouvoir écrire ni coudre. Elle était déjà depuis trois ans dans un orphelinat à Neuilly, et là, n'avait cessé de coucher dans un dortoir humide au point que l'hiver on voyait la vapeur d'eau condensée ruisseler le long des murs. De plus, elle portait souvent des fardeaux lourds, pour son âge, et avait parfois à tordre du linge humide. Dans les premiers jours de mai, les douleurs se sont localisées dans le poignet gauche qui est devenu le siège d'un gonflement assez notable, sans changement de coloration de la peau, sans mouvement fébrile intense. Un médecin appelé croit à une entorse et prescrit des frictions avec du baume opodeldoch, puis quelques jours plus tard, des bains sul-

fuireux. Le poignet droit se prend à son tour, puis, les articulations du cou-de-pied se tuméfient et deviennent douloureuses ; la malade est obligée de garder le lit. Dans cet état, elle est transportée aux Enfants Malades.

M. Archambault examine la malade, et dit à ses élèves : voilà un rhumatisme qui durera longtemps. Il prescrit des badigeonnages de teinture d'iode sur les poignets et sur les pieds, et à l'intérieur le salicylate de soude. Mais bientôt, les articulations phalangiennes des mains sont envahies à leur tour, les doigts se fléchissent, plus tard les articulations médio-tarsiennes sont douloureuses, enfin en dernier lieu, les articulations des vertèbres dorsales supérieures. Les orteils n'ont jamais été douloureux. Au niveau des articulations atteintes, on n'a jamais constaté de rougeur de la peau. Ces articulations étaient immobilisées par la douleur et la contracture musculaire : les mouvements communiqués étaient très douloureux. Hypotrophie rapide des muscles de l'avant-bras et de la jambe. En présence de ces phénomènes, M. Archambault suspend la salicylate de soude et prescrit la teinture d'iode à l'intérieur et les bains d'arséniate de soude, mais sans bénéfice aucun pour la malade qui passe le 2 juillet dans le service de M. Jules Simon, salle Saint-Marie n° 1 (salle des Chroniques).

Au moment de son entrée, l'enfant était obligée de garder le lit. Les jointures douloureuses ont été frictionnées avec du baume tranquille, puis M. Gingeot qui suppléait M. Jules Simon a donné à l'intérieur l'iodure de potassium, sans amélioration sensible. Au contraire, les déviations des doigts et des poignets tendaient à s'accroître au point que des appareils silicatés, pouvant se lacer sur le dos de la main et de l'avant-bras, avaient été mis en place pour empêcher la flexion des poignets de s'exagérer.

Au mois de septembre, une exacerbation des phénomènes douloureux se produit. On donne le salicylate de soude.

M. Jules Simon reprend le service le 1^{er} octobre. A ce moment, les douleurs sont continues avec exacerbations surtout la nuit et au niveau des articulations des pieds ; les variations de la température, l'humidité de l'air les exagèrent. Les muscles des avant-bras et des jambes sont rétractés. Ils ne

sont pas sensibles à la pression et ne sont pas le siège de crampes. Aucune articulation nouvelle n'est atteinte.

Le cœur et le péricarde sont sains, faits déjà notés par M. Archambault pendant le séjour de la malade dans son service.

M. Simon, outre les frictions avec du baume tranquille sur les jointures malades qui sont entourées d'ouate, prescrit à l'intérieur la teinture de colchique, qui a été administrée à dose progressivement croissante puis décroissante pendant 15 jours ; ce traitement est cessé pendant 15 jours, pour être repris de la même manière ; la malade prend le médicament tous les mois pendant quinze jours. Les doses ont été de cinq à douze gouttes.

L'enfant a été en outre soumise à un traitement tonique dont l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer et le vin de quinquina ont formé la base.

Dans le courant de décembre, elle commence à trouver que les mouvements des pieds sont plus faciles, elle peut faire quelques pas dans la salle, quoique avec peine. Les douleurs ont diminué notablement ; la rétraction des fléchisseurs des doigts semble diminuer et avec elle la flexion des phalanges.

Au mois de janvier 1882, je vois la malade pour la première fois. Cette enfant dont l'intelligence est très développée a pu me donner les renseignements qui suivent ; j'ai pu en vérifier l'exactitude.

Sa mère est morte, il y a quatre ans, d'un cancer de l'estomac ; son père n'est pas rhumatisant ; il exerce la profession de cocher ; c'est un alcoolique. Ses frères ou sœurs, au nombre de sept, se portent tous bien. D'une santé toujours délicate, elle a eu la rougeole étant toute jeune ; depuis, elle n'a pas fait d'autre maladie grave ; mais elle a été pendant longtemps sujette à des ophtalmies qui se caractérisaient par de la rougeur des conjonctives avec une photophobie très prononcée. Je n'ai pas pu retrouver la moindre trace d'affection oculaire superficielle ou profonde.

Bien que son état général se soit notablement amélioré depuis trois mois, son teint est encore pâle ; elle éprouve une faiblesse générale ; et on constate chez elle un état anémique que contribuent à entretenir les sueurs abondantes qui surviennent tous les jours.

Du côté des articulations malades nous avons constaté, surtout au niveau des mains, une coloration violacée des téguments. La peau paraît un peu épaissie; elle est lisse, luisante, un peu tendue. Il n'y a pas d'œdème sous-jacent. Les articulations atteintes ne renferment pas de liquide épanché. Les lésions que nous allons décrire sont parfaitement symétriques. Aux doigts, les articulations des phalanges avec les phalanges sont seules atteintes, et les lésions prédominent dans les articulations du médus et de l'annuaire. La tête de la phalange est augmentée de volume: il en résulte que l'extrémité du doigt paraît effilée. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont saines; elles sont dans l'extension. Celles de la phalange avec la phalange au contraire sont dans la demi-flexion. La flexion peut être complétée, mais l'extension n'est pas possible. La troisième est en extension sur la seconde, ses mouvements sont libres. Lorsqu'on cherche à produire l'extension de la seconde phalange sur la première, on sent à la face palmaire le tendon fléchisseur qui se tend et devient saillant. Ces déformations des mains sont analogues à celles du second type décrit par M. le professeur Charcot.

La main est fléchie sur l'avant-bras, et cette situation tend à exagérer la saillie formée à la face dorsale du poignet par les os du carpe manifestement tuméfiés. Lorsqu'on cherche à communiquer des mouvements dans les poignets, on provoque des craquements produits par la rupture des adhérences dues à l'ankylose celluleuse. On ne cause ainsi que très peu de douleur.

Les autres articulations du membre supérieur sont libres. Celles du pouce sont restées intactes.

Il existe au niveau de l'éminence hypothénar une dépression au lieu de la saillie arrondie normale. Une dépression analogue existe à la face dorsale des deux mains au niveau du quatrième espace intermétacarpien, indice de l'atrophie des inter-osseux. Les muscles de l'avant-bras sont diminués de volume, surtout les extenseurs. Tous se contractent à des degrés divers soit spontanément, soit sous l'influence des courants induits.

Dans les articulations des membres inférieurs, les tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes seules ont été intéressées. Rien du côté des

orteils, des genoux, de la hanche, dont tous les mouvements, s'accomplissent sans douleur, sans être accompagnés de craquements. L'articulation du cou de pied est même mobile, les mouvements de flexion et d'extension du pied sont, seulement un peu bornés.

Les pieds sont plats. Le bord interne est abaissé, la voûte plantaire affaissée. Bien que les muscles du mollet soient atrophiés, l'impotence du long péronier latéral ne nous paraît pas ici être seule en cause ; il existe en effet un gonflement notable des os du tarse et les mouvements de rotation de l'avant-pied sur l'arrière-pied sont douloureux et accompagnés de craquements. L'articulation médio-tarsienne est donc malade et les lésions vont jusqu'à l'ankylose celluleuse.

Enfin la région dorsale de la colonne vertébrale est un peu douloureuse spontanément dans sa moitié supérieure. La courbure normale antéro-postérieure est un peu exagérée. La malade se plaint en outre d'une douleur peu prononcée au-dessous de l'angle de l'omoplate droite. Elle se tient un peu courbée en avant pendant la marche. La tête se meut librement.

Les bruits du cœur sont normaux.

Respiration normale.

Fonctions digestives nullement troublées ; appétit plutôt exagéré.

Urines peu abondantes, claires ; mais sueurs abondantes surtout au niveau des mains et des pieds. Pas d'albuminurie.

Pendant les mois de janvier et février, l'enfant n'a pas de paroxysmes douloureux véritables, mais elle se plaint parfois de douleurs surtout prononcées la nuit au niveau des articulations malades. Elle ne cesse de se lever et de marcher tous les jours. Le traitement employé est toujours celui prescrit en octobre par M. le Dr Jules Simon. De plus, tous les deux ou trois jours, des mouvements imprimés avec précaution aux articulations des doigts et des poignets amènent la rupture de quelques adhérences sans provoquer de bien grandes douleurs. Enfin l'enfant se suspend, par les mains, à une barre fixe de façon à supporter le poids de son corps et à imprimer quelques mouvements à ses articulations.

Le 22 avril 1882 les règles apparaissent pour la première fois ;

elles ne sont revenues que le 6 juin ; et enfin le 3 juillet ; elles sont suffisamment abondantes. Une amélioration notable s'est produite depuis leur apparition.

Ajoutons que depuis le mois d'avril la malade prend tous les deux jours un bain sulfureux à la température de 30° environ et dont la durée n'excède pas un quart d'heure. Enfin depuis la fin de juin des courants continus sont appliqués pendant dix minutes environ au niveau des muscles atrophiés.

Le 16 juillet 1882, nous constatons une amélioration notable et dans l'état général et dans l'état local. La malade est encore pâle et anémique ; sa peau est dans un état de moiteur presque constante ; mais les forces musculaires augmentent ; la marche devient tous les jours plus facile ; elle peut coudre et écrire ; mais à la longue, elle éprouve de la fatigue dans le poignet droit.

Les mouvements des doigts sont plus faciles, mais les fléchisseurs du médius et de l'annulaire rétractés ne permettent pas encore l'extension complète de ces deux doigts. L'index et le petit doigt peuvent être étendus complètement.

Les mouvements sont revenus en partie dans les poignets ; l'axe de la main est dans le prolongement de l'axe de l'avant-bras. L'extension ne peut dépasser cette limite ; mais la flexion est possible. Lorsqu'on cherche à exagérer les mouvements, on détermine la rupture d'adhérences celluluses, mais sans provoquer aucune douleur. L'électricité n'est employée que depuis dix jours ; les muscles sont électrisés directement au moyen de courants continus. On ne peut guère juger de l'action de l'électricité sur l'atrophie musculaire ; mais la malade dit que depuis ce moment sa force est un peu augmentée.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne ont recouvré presque en entier leurs limites physiologiques. Ceux de l'articulation médio-tarsienne restent beaucoup plus limités. On produit encore en les exagérant la rupture de quelques adhérences celluluses et on provoque aussi quelques douleurs.

Depuis le mois de janvier nous avons ausculté le cœur à plusieurs reprises et jamais il ne nous a présenté la moindre altération dans le rythme de ses battements. Les bruits ont leur timbre normal ; pas de bruit morbide surajouté. Les fonctions

digestives continuent à s'accomplir normalement. Le sommeil n'est plus troublé par des douleurs. L'amélioration s'accroît de jour en jour. Les urines examinées de nouveau le 13 juillet ne renferment pas d'albumine, les urates n'y sont pas contenus en quantité exagérée.

OBSERVATION III

Publiée par le Dr STOICESCO (Progrès médical, 15 avril 1876, p. 287).

« Marie, Lucie, Moreau, âgée de six ans et demi, est reçue le 26 février 1874, à la salle Sainte-Catherine, n° 32, service de M. le Dr BOUCHET. Sa maladie a débuté il y a plus de deux ans; pendant le siège, se trouvant à Bruxelles, elle coucha plusieurs mois dans un sous-sol très-humide; de retour à Paris, trois ou quatre mois après, l'enfant est prise dans les deux genoux à la fois de douleurs soit spontanées, soit provoquées, tantôt nocturnes au milieu du sommeil, tantôt diurnes pendant les marches, douleurs tellement intolérables qu'elle était obligée de s'arrêter. — Sa mère prétend que pendant ces poussées, ses genoux étaient un peu enflés, mais que les téguments gardaient leur coloration normale. — Deux mois après l'apparition des premiers symptômes, les articulations phalangiennes, métacarpo-phalangiennes, et celles des poignets, se sont prises à leur tour; en outre, de temps à autre, quelques douleurs, sous forme de crampe, se faisaient ressentir le long des cuisses et des bras. Peu de temps après, les articulations des vertèbres cervicales sont le siège de douleurs d'une violence telle que l'enfant tenait la tête immobile, ne pouvant la remuer ni d'un côté ni de l'autre. Il semblait que l'humidité exaspérait les douleurs. La maladie eut une période de rémission; l'enfant, grâce aux soins donnés par M. le Dr Letellier, de Grenelle, (sirop anti-scorbutique, sirop d'iodure de fer, teinture d'iode en badigeonnages sur les jointures malades), se trouva mieux jusqu'au mois de novembre 1873; à cette époque, elle est

reprise de douleurs, dans les genoux, qui rendent la marche difficile et pénible. Au commencement de janvier 1874, sa mère remarque que les poignets et les jointures des doigts perdent leur forme.

« Quinze jours avant son entrée dans le service, les deux hanches et les articulations cervicales se sont tuméfiées. La marche est complètement impossible, l'enfant est obligée de garder le lit.

« X... a eu la rougeole à dix ans et demi ; elle s'est très-bien passée sans accidents. Pas de scarlatine. Aucune autre maladie antérieure. Depuis sa maladie, elle est devenue très pâle et très amaigrie, l'appétit a considérablement diminué. L'enfant transpire à peine, les urines sont claires et abondantes. A toujours été bien nourrie. A un frère qui se porte bien. Le père a 33 ans ; la mère en a 32. L'un et l'autre sont très bien portants, indemnes d'antécédents, soit rhumatismaux, soit cutanés, ne sont atteints ni d'affection cardiaque, ni de migraine. Sa mère a toujours été très bien réglée.

« L'enfant de taille moyenne le jour de son entrée, présentait un teint chlorotique ; la figure paraissait bouffie. L'inspection des jointures malades ne laissait apercevoir aucun changement dans la coloration des téguments, aucune trace de desquamation ; point d'œdème périarticulaire.

« Voici l'ordre des articulations malades : les deux genoux, volumineux, donnent un contraste frappant avec la maigreur des cuisses et des jambes, (la circonférence du genou gauche mesure vingt-six centimètres et demi, celle du genou droit vingt-six seulement). Pas d'hyarthrose. Les extrémités osseuses des fémurs et des tibias notablement augmentées de volume. Les mouvements imprimés sont indolents et dans leur limite normale. Au contraire, ceux qu'on imprime dans la hanche droite sont très limités et douloureux, pourtant aucune déformation appréciable à la vue. Les secousses brusques sur la plante du pied, ayant pour but d'approcher la tête fémorale de la cavité cotyloïde, paraissent un peu douloureuses, mais nous sommes disposé à croire que la peur y contribuait pour beaucoup.

« Aux membres supérieurs, la maladie était limitée aux poi-

gnets et aux articulations des doigts. Les deux poignets, considérablement augmentés de volume, en forme de talon de fourchette, simulaient avec beaucoup de ressemblance la déformation caractéristique des fractures du radius à son extrémité inférieure, (le poignet droit mesurant en circonférence quatorze centimètres, le gauche quatorze et demi). Les mouvements étaient peu libres et passablement douloureux.

« La face dorsale des mains formait une sorte de courbe à concavité postérieure ; les articulations métacarpo-phalangiennes, celles des phalanges avec les phalanges, et de celles-ci avec les phalangettes étaient tuméfiées. Les phalanges unguéales en flexion sur les secondes phalanges. Les parties molles des deux mains amaigries.

« De ce que nous venons de voir, nous pouvons rattacher ces difformités des mains à la première variété du premier type, décrite par M. le professeur Charcot, dans ses leçons sur les maladies des vieillards.

« Le cou élargi à sa partie postérieure ; la tête inclinée en avant et légèrement fléchie sur le sternum exécute des mouvements fort bornés et douloureux, mais sans craquements. Faut-il ajouter qu'il n'y avait pas de trace de rachitisme ? Point de chapelet au niveau des articulations chondrosternales, point de difformités rachitiques dans la longueur des membres ? — Le sérum du sang, obtenu par un vésicatoire appliqué sur la région épigastrique, et examiné par le procédé du fil, n'a pas donné d'acide urique. Rien du côté des poumons.

« Le cœur, examiné et observé plusieurs fois avec un très grand soin, ne nous a jamais offert de modifications dans le rythme de ses battements, non plus que dans le timbre de ses bruits :

« Les fonctions digestives se font bien.

« L'enfant transpire très peu et urine abondamment ; les urines de temps en temps sont chargées d'urates.

« Immédiatement après son entrée, X. fut soumise à un traitement énergique ; tout l'arsenal médical fut employé sans aucun succès ; le régime tonique, l'huile de foie de morue, les médicaments les plus vantés, depuis la teinture d'iode administrée

à l'intérieur jusqu'à la propylamine, sont restés sans aucun effet.

« L'enfant, condamnée à rester dans son lit, séjourne à l'hôpital six mois environ, souffrant de temps à autre, soit dans les jointures atteintes, soit le long des cuisses et des bras. — Ses parents l'emmènent chez eux dans le même état qu'à son entrée. »

L'enfant, dont M. Stoïcesco rapporte l'observation, n'a pas quitté à ce moment l'hôpital des enfants-malades ; elle est passée de la salle Sainte-Catherine à la salle Sainte-Marie, où elle a occupé le lit n° 33.

Là, elle a été observée jusqu'à la fin de 1874 par M. le Dr Archambault, et depuis le commencement de 1875 par M. le Dr Jules Simon, qui a suivi l'évolution de la maladie jusqu'au mois d'avril 1877, époque à laquelle l'enfant a pu être envoyée à l'hôpital de Forges.

Nous avons pu retrouver la feuille d'inscription sur laquelle M. le Dr Simon lui-même a consigné quelques notes sur la malade. M. le Dr Doumenges, médecin de l'établissement, y a de même noté l'état de l'enfant de trimestre en trimestre jusqu'au 22 juin 1880.

Nous avons enfin pu nous-même nous assurer le 6 juillet 1882 de l'état actuel de l'enfant placée dans une maison de convalescence à Champigny.

La maladie ayant débuté vers la fin de 1871, c'est donc pendant une période de près de onze ans que nous aurons suivi l'évolution de sa maladie.

Voici d'abord les observations de M. J. Simon sur la feuille d'inscription pour Forges. Elles sont datées du 27 mars 1877.

« Rhumatisme noueux, datant de plusieurs années et siégeant plus spécialement aux articulations des mains, du cou de pied et du genou, avec raideur de la hanche.

« Traitée par les toniques ordinaires (huile de morue, vin de quinquina) et la teinture de colchique à la dose de dix à vingt gouttes par jour. Ce dernier médicament donné à différentes reprises a paru la bien soulager. Il sera peut-être bon d'y revenir si les articulations redeviennent tuméfiées et douloureuses. »

M. le Dr Jules Simon nous a donné de vive voix les renseignements suivants :

Dans le courant de 1875 et de 1876 la maladie a présenté des exacerbations. Cependant sous l'influence du traitement, les phénomènes douloureux se sont amendés suffisamment pour permettre à la malade de se lever et de marcher. Pendant tout ce temps il n'est par survenu de complication cardiaque.

Nous recopions textuellement les détails fournis par M. le Dr Doumenges, pendant le séjour de l'enfant à Forges.

2^e trimestre 1877. — Les articulations sont moins douloureuses, la marche est plus facile, l'état général est bon.

3^e trimestre 1877. — Son état n'est pas sensiblement modifié.

4^e trimestre 1877. — Douleurs très aiguës calmées par l'emploi du salicylate de soude : trois grammes par jour.

2^e trimestre. — 1878. — Longs intervalles sans douleurs. De temps en temps quelques accès douloureux, rapidement modifiés par l'emploi du salicylate de soude.

3^e trimestre 1878. — Depuis longtemps il n'y a pas eu d'accès de douleurs.

4^e trimestre 1878. — Son état s'améliore; elle n'a plus de douleurs et marche un peu sans béquilles.

1^{er} trimestre 1879. — Depuis son traitement par le salicylate de soude, il n'y a plus eu de grands accès douloureux et les articulations déformées, et en particulier celles des doigts, reviennent en partie à leur forme normale. — Etat général meilleur.

2^e trimestre 1879. — L'amélioration se poursuit. L'enfant marche sans béquilles.

4^{er} trimestre 1880. — Depuis très longtemps il n'y a pas eu de douleurs, les doigts déformés par le rhumatisme reprennent leur forme normale.

2^e trimestre 1880. — L'état de cette enfant est bon; elle peut rentrer dans sa famille.

Le 22 juin 1880 M. J. Simon la revoit et note :

« Le gonflement des doigts a disparu. Les mouvements sont libres. Etat général assez bon. »

Voici maintenant les détails que nous avons pu constater nous-mêmes ou qui nous ont été fournis par la mère de l'enfant (6 juillet 1882).

Le père est mort il y a deux ans après avoir présenté des signes non douteux de tuberculose pulmonaire. Il avait contracté trois ans auparavant une pleurésie à la suite de laquelle la maladie des poumons a évolué.

La mère elle-même restée bien portante, jusque il y a deux ans, est devenue tuberculeuse et présente des cavernes au sommet des deux poumons.

Le frère et la sœur se portent bien en apparence, mais ils sont peu développés pour leur âge.

Marie-Lucie Moreau, âgée maintenant de quatorze ans et demi, n'a pas eu de nouveaux accès douloureux depuis sa sortie de Forges. Sa taille est au-dessous de la moyenne; ses membres sont grêles; ses forces musculaires peu développées; son teint est pâle.

Elle n'est pas encore réglée. Les fonctions digestives se font bien; l'intelligence est bien développée. Nous avons pu constater en outre l'intégrité du cœur et des poumons.

Ses articulations ont recouvré tous leurs mouvements et c'est à peine si aux doigts une tuméfaction légère des têtes des premières phalanges rappelle les nodosités dont elles ont été le siège. La peau des mains est flasque, un peu ridée. L'exten-

sion des doigts est complète et peut même s'exagérer au point que la face dorsale des doigts décrit une légère courbe à concavité postérieure; au niveau du corps et de chaque côté on trouve à la face dorsale une tuméfaction légère, dure, non douloureuse.

Les autres articulations des membres ne nous ont présenté rien de particulier à noter, si ce n'est comme pour celles des doigts, une certaine laxité des ligaments qui permettent l'exagération des mouvements normaux.

C'est là probablement la cause qui a produit chez cette enfant une exagération des courbures normales de la colonne vertébrale. Ensellure lombaire très prononcée; partie supérieure de la région dorsale très saillante en arrière. Par suite de la courbure à concavité postérieure de la région cervicale, la tête est un peu fléchie; la fossette de la nuque moins profonde qu'à l'état normal. Mais tous les mouvements de la tête sur la colonne vertébrale sont possibles.

Comme conséquence de cette laxité articulaire nous avons constaté que l'enfant a une démarche toute spéciale et caractérisée par un balancement latéral très prononcé.

Les mouvements communiqués aux diverses articulations n'y produisent aucun craquement.

Depuis le retour de cette enfant de Forges, la guérison s'est donc maintenue. Comme elle se trouve actuellement dans des conditions hygiéniques relativement bonnes, on peut espérer que la maladie ne récidivera pas.

OBSERVATION IV (résumée).

Elle est rapportée par M. Dally dans le n° 14 du Journal de Thérapeutique. — 25 Juillet 1877.

Il s'agit d'un garçon âgé de 16 ans, chez lequel M. Dally a constaté les déformations classiques des mains, des pieds, des coudes. La main droite conserve des mouvements. Le poignet gauche est presque immobile. De ce côté les premières pha-

langes sont luxées en extension, les secondes phalanges sont immobiles dans la flexion forcée.

Hypotrophie musculaire très prononcée. Aucun muscle ne fait absolument défaut. Aucune articulation n'a échappé au mal, n'offre l'étendue des mouvements normaux. Le début a été aigu, mais les douleurs ayant cessé, les déformations ont continué à se produire. Le cœur a été atteint. Il existe un souffle au second temps (le maximum n'est pas précisé).

Ce garçon a eu une enfance chétive. Mère morte phthisique trois ans après sa naissance. Le père a eu probablement un rhumatisme nouveau ; chez lui la maladie a débuté à l'âge de 7 ans.

Il a été très amélioré par deux mois de traitement. Celui-ci a consisté en sudation, douches froides, mouvements imprimés, gymnastique, courants électriques continus. Il a recouvré beaucoup de mouvements. Ceux de la colonne vertébrale, des épaules, des poignets et une partie de ceux des doigts. Etat voisin de la guérison pour les grandes jointures. Amélioration sensible des petites.

OBSERVATION V (publiée par M. Moncorvo). (1)

Voici le résumé de l'observation donné par l'auteur :

« Il s'agit d'une petite fille âgée de deux ans à peine, profondément lymphatique, ayant été allaitée par différentes nourrices, toutes mal constituées et affectées de maladies diathésiques, débilitée par une coqueluche intense et prolongée, qui est inespérément atteinte d'un rhumatisme articulaire subaigu, affectant les articulations des genoux. Après la disparition des symptômes fébriles, le mal envahit de nouvelles articulations (les radio-carpiennes et les tibio-tarsiennes), mais sans qu'il se produise aucune réaction générale.

Ces articulations restent malades pendant un mois, et, à la fin de cette période stationnaire, de nouveaux symptômes de

(1) *Loc. cit.*, p. 11 et suivantes.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Physique. — Des ventouses et de leur théorie.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de mercure.

Pharmacie. — De l'emploi pharmaceutique de la noix vomique.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des palmiers ; indication des substances utiles qu'elle fournit à l'économie domestique et à la médecine.

Anatomie. — Des muscles qui concourent aux mouvements de la langue, et de leurs attaches fixes.

Physiologie. — Du cours du sang chez le fœtus.

Pathologie interne. — Des lésions qui peuvent produire l'ascite.

Pathologie externe. — Des abcès urinaires.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hémorrhagies.

Anatomie Pathologique. — Du ramollissement gélatiniforme de l'estomac et des intestins.

- Stoïcesco. — *Du rhumatisme nouveau chez les enfants*, in *Progrès médical*, Paris, 1876, n° du 15 avril, p. 287.
- E. Besnier. — *Dict. Encyclopédique des sciences médicales*, art. *Rhumatisme*, Paris, 1876.
- Dally. — *Compte rendu de la Société de thérapeutique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1877, (Séances du 13 et du 27 juin).
- Blache. — *Ibidem.* (Séance du 27 juin).
- Dally. — *Rhumatisme nouveau chez l'enfant. Journal de thérapeutique*, n° 14, Paris, 15 juillet, 1877.
- Moncorvo. — *Du rhumatisme chronique nouveau des enfants et de son traitement*, 1878, traduit du portugais, par E. Mauriac, de Bordeaux, Paris, 1880.
- Durand-Fardel. — *Union médicale*, n° 118, Paris, 1881.
- G. Homolle. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Rhumatisme*, tome xxxi, Paris, 1882.
- Cadet de Gassicourt. — *Traité clinique des maladies de l'enfance, leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie*, tome II p. 88, Paris, 1882.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I AVANT-PROPOS.	5
II HISTORIQUE.	7
III SYMPTOMATOLOGIE.	12
<i>Symptômes</i>	12
<i>Marche, Durée, Terminaison</i>	22
<i>Complications viscérales</i>	26
<i>Diagnostic</i>	29
<i>Pronostic</i>	35
IV ÉTIOLOGIE.	36
V NATURE.	40
VI TRAITEMENT.	46
VII CONCLUSIONS.	56
VIII OBSERVATIONS.	57
IX INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	75

réaction générale surviennent accompagnés d'une exacerbation des désordres articulaires et d'un œdème inflammatoire des deux jambes. Cette seconde crise dissipée, le rhumatisme devient franchement chronique. En même temps, les nodosités se dessinent et s'accroissent, tant dans les articulations déjà malades que dans quelques autres plus petites des orteils et des phalanges.

Ces altérations persistent sans aucune modification sensible pendant huit longs mois, et pendant ce temps se produisent les rétractions fibreuses et musculaires, qui amènent les déviations des membres, et les atrophies des muscles résultant de l'inaction à laquelle est condamnée la malade.

A l'exception de quelques avantages obtenus dans l'état général par la médication arsénicale, aucun autre agent thérapeutique, parmi le grand nombre de ceux qui furent employés, ne procura à la malade une amélioration sérieuse. C'est alors que nous eûmes recours à l'électrothérapie, et, dès ce moment, la modification régressive des arthropathies marcha progressivement, de telle sorte qu'au bout de huit mois d'un persévérant usage de ce puissant moyen, le résultat dépassa nos espérances. Nous avons obtenu une guérison radicale. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nous ne donnerons ici que les ouvrages qui parlent du rhumatisme nouveau chez les enfants. L'indication des autres travaux cités par nous se trouve au bas de chaque page.

Rillet et Barthez. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, Paris, 1853.

Cornil. — *Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique. Mémoires de la Société de Biologie*, Paris, 1863.

Bouchut. — *Leçon de clinique infantile. Union médicale*, Paris, 1865.

Garrod. — *La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux*, traduction française, par Ollivier, Paris, 1867.

Charcot. — *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards*, recueillies par B. Ball, 1868.

Niemeyer. — *Eléments de pathologie interne et de thérapeutique*, traduit, revu et annoté, par M. V. Cornil, Paris, 1869, 2^e édition.

Fuller. — *On rheumatism, Gout, etc*, third edition, London, 1870.

Bouchut. — *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, 6^e édition, Paris, 1873.

Accouchements. — Des présentations de l'extrémité pelvienne pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Règles à suivre dans l'expérimentation des médicaments fébrifuges.

Médecine opératoire. — De l'amputation médio-tarsienne.

Médecine légale. — Des devoirs d'un médecin assistant soit au conseil de recrutement ou de recensement; des maladies, infirmités, ou conditions organiques, qui entraînent l'exemption du service militaire.

Hygiène. — Des moyens qu'il convient d'employer pour descendre sans danger dans une fosse d'aisances.

Vu : le Doyen de la Faculté, Vu : le Président de la Thèse,

J. BÉCLARD.

C. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,

Le Secrétaire de la Faculté, Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

PUPIN.

GRÉARD.